

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da

Pessoa idosa

Intervenção do enfermeiro na prevenção e

monitorização do evento da queda na pessoa

idosa em contexto hospitalar

Hélder Rui Fonseca Lopes

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da

Pessoa idosa

Intervenção do enfermeiro na prevenção e

monitorização do evento da queda na pessoa

idosa em contexto hospitalar

Hélder Rui Fonseca Lopes

Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

Enfermeira Paula Ferreira

2012



*“Chegará o momento em que acreditarás que
está tudo terminado. Esse será o princípio.”*

Louis Lâmour

AGRADECIMENTOS

Apesar de este relatório ser um trabalho individual, há sempre contributos de natureza diversa que não podem deixar de ser mencionados, pelo que expresso aqui os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a sua realização.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Exma. Professora Doutora Idalina Gomes e Co-orientadora, Enfermeira Especialista Paula Ferreira, pela disponibilidade em partilharem o seu conhecimento com competência e afecto. Aprender sob a vossa orientação foi uma experiência marcante...

À minha noiva, Ofélia Torrão, pelo tempo, paciência, tolerância, ajuda e motivação.

À minha família, pelo apoio incondicional que me deram.

À minha amiga e colega Paula Cabrita pelas sugestões, amizade, apoio, incentivo e permanente disponibilidade ao longo desta caminhada.

A todas as pessoas que contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade, em especial à Enfermeira Margarida Borges, Enfermeira Susana Ramos, Enfermeira Paula Almeida e a toda a equipa de enfermagem e assistentes operacionais do Serviço de Medicina 3B do CHLN-HPV.

RESUMO

A ocorrência de quedas é frequente na pessoa idosa em contexto hospitalar, constituindo um grave problema de Saúde Pública pelas consequências físicas, psicológicas, sociais e económicas que geralmente acarretam. Cerca de 4-10 pessoas idosas hospitalizadas sofrem queda por cada 1000 camas/dia (Rutledge *et al.*, 2010). É imperativo que o enfermeiro desenvolva protocolos e estratégias de natureza multifactorial na prevenção da queda.

Neste contexto, desenvolveu-se um projecto centrado no fenómeno da queda na pessoa idosa e orientado pelo modelo conceptual de enfermagem de Collière. A sua operacionalização pretendeu contribuir para a melhoria dos cuidados prestados através da prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa.

O projecto iniciou-se a 27 de Setembro de 2010 terminando a 4 de Março de 2011. Definiram-se dois objectivos gerais: Desenvolver competências técnicas, científicas, ético-deontológicas e humanas de enfermeiro especialista na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa hospitalizada; Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na área da prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa.

O desenvolvimento do trabalho de mudança baseou-se numa metodologia de projecto assente numa lógica de resolução de problemas, onde os intervenientes assumiram um papel activo na mudança da sua prática. As estratégias desenvolvidas resultaram na promoção da segurança focalizada na pessoa e na prevenção e monitorização do evento da queda, em concreto. Conclui-se que a avaliação sistemática e contínua do risco de queda e consequente, planeamento, execução e avaliação das intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem contribuiu para melhoria dos cuidados prestados e prevenção deste acontecimento na pessoa idosa.

Palavras-chave: Pessoa idosa; Prevenção da queda, Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The occurrence of falls is frequent in elderly person in a hospital context, constituting a serious public health problem by the physical, psychological, social consequences and economic changes that usually entail. Elderly inpatients falls occur at an estimated frequency of 4-10 per 1000 beds per day (Rutledge et al. (2010). It's imperative that nurses develop protocols and multifactorial strategies, in order to prevent falls.

In this context, a project centered on the phenomenon of falling in elderly inpatients was developed and oriented by the conceptual nursing model of Collière. The study intends to contribute to the improvement of care through prevention and monitoring the event of the fall in the elderly inpatients.

The project started on September 27, 2010 and ended on March 4, 2011. We defined two general objectives: develop skills of a nurse specialist in the area of intervention of the elderly, particularly on prevention and monitoring the falls in elderly inpatients; contribute to the development of skills in nursing team in the area of prevention and monitoring the falls in elderly inpatients.

The development of the project was based on a design methodology based on the logic of problem solving, where the subjects took an active role in change their practice. The strategies developed resulted in promoting security in person and focused on prevention and monitoring the event of the fall, in concrete. It is concluded that the systematic and continuing risk of falls and consequent, planning, implementation and evaluation of interventions sensitive to nursing care contributes to improved care and prevention of this event in the elderly.

Keywords: Elderly Person, Fall Prevention, Nursing care

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	11
1. A PROBLEMÁTICA DA QUEDA NA PESSOA IDOSA EM CONTEXTO HOSPITALAR	15
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
2.1. O envelhecimento versus o risco de queda	18
2.2. A queda na pessoa idosa hospitalizada: “o estado de arte”	20
2.3. Factores de risco	22
2.4. Consequências da queda	25
2.5. Cuidados baseados na prevenção	26
2.6. Cuidar da pessoa idosa com risco de queda	28
3. O PERCURSO DA MUDANÇA	33
3.1. Finalidade do projecto	34
3.2. Diagnóstico da situação	36
3.3. Planeamento da acção	39
3.4. Implementação da acção	41
3.5. Avaliação da acção	47
3.6. Reflexão sobre o percurso da mudança	50
4. IMPLICAÇÕES ÉTICO-DEONTOLÓGICAS NO PERCURSO DA MUDANÇA	54
5. CONCLUSÃO	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	69

Anexo I: Caracterização do Serviço de M3B

Anexo II: Dados estatísticos do Serviço de M3B referentes ao primeiro trimestre de 2011, fornecidos pelo GPIG do CHLN

Anexo III: Enfermeiro de Referência

- Anexo IV:** Grelha de avaliação dos registos de enfermagem
- Anexo V:** Grelha de avaliação do registo de evento de queda
- Anexo VI:** Padrão de ocorrência do evento de queda no serviço M3B
- Anexo VII:** “Check-list” de verificação da segurança e equipamento
- Anexo VIII:** Avaliação das condições físicas e ambientais do Serviço de M3B
- Anexo IX:** Escala de Morse utilizada antes do início do projecto
- Anexo X:** Breve resenha do padrão de incidência de queda no CHLC-HSM no triénio 2006-2009
- Anexo XI:** Glossário CIPE[®] sobre as lesões físicas resultantes do evento da queda
- Anexo XII:** Indicadores de avaliação
- Anexo XIII:** Fluxograma do processo de avaliação do risco de queda
- Anexo XIV:** Póster: “Prevenção e monitorização da queda no Serviço de M3B do CHLN-HPV: um projecto de intervenção...”
- Anexo XV:** Escala de Morse
- Anexo XVI:** Base de dados em Microsoft[®] Excel
- Anexo XVII:** Folheto: “Prevenção da queda: alguns conselhos”
- Anexo XVIII:** Registo do evento da queda
- Anexo XIX:** Pedido e autorização para a tradução e aplicação da Escala de Morse

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS E GRÁFICOS

Ilustração 1:	Fases metodológicas do projecto	33
Tabela 1:	Intervenções preventivas resultantes da reflexão com os pares e a evidência científica	45
Tabela 2:	Intervenções específicas resultantes da reflexão com os pares e a evidência científica	46
Gráfico 1:	Taxa de avaliação do risco de queda no cliente idoso, no período compreendido de 17 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011 .	48
Gráfico 2:	Número de clientes idosos com Baixo Risco, Médio Risco e Alto risco de queda, no período compreendido de 17 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011	48
Gráfico 3:	Taxa de clientes idosos com Baixo Risco, Médio Risco e Alto risco de queda, no período compreendido de 17 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011	49
Gráfico 4:	Taxa de clientes idosos com Alto Risco de queda e levantamento do diagnóstico de risco de queda, no período compreendido de 17 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011	49

SIGLAS

A.O. – Assistentes Operacionais

CHLN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte

CHLN-HPV – Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Hospital Pulido Valente

CHLC-HSM – Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de Santa Marta

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUNESE – European Network for Safety among Elderly

ICN – International Council of Nurses

GGR – Gabinete de Gestão do Risco

GPIG – Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão

M3B – Medicina 3B

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

EU – União Europeia

0. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico não são uma realidade exclusiva da Sociedade Portuguesa, são um fenómeno global, que vem reclamando novas necessidades em saúde, influenciando em particular a prática dos cuidados de enfermagem. A nível mundial, a OMS prevê que, entre 2000 e 2050, a percentagem de pessoas idosas duplique dos 11% para os 22%. Em números absolutos, corresponderá a um aumento de 605 milhões para sensivelmente 2 biliões de pessoas idosas (OMS, 2011). A nível da Europa dos 27, o Eurostat, refere que em 2008 as pessoas com mais de 65 anos correspondiam a cerca de 17,1% do total de população e em 2060 esta fatia crescerá para 30%. As pessoas com mais de 80 anos actualmente representam 4,4% da população, prevendo-se que subirá para 12,1% em 2060 (EUROSTAT, 2008). Em Portugal os dados provisórios fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística, relativamente aos censos realizados em 2011, referem existir um agravamento do fenómeno de duplo envelhecimento, que se caracteriza pelo aumento da população idosa e redução da população jovem. Cerca de 19% da população residente em Portugal pertence ao grupo dos mais idosos (65 ou mais de idade), sendo que o índice de envelhecimento da população aumentou de 102 em 2001 para 129, ou seja para cada 100 jovens existem neste momento 129 idosos (PORTUGAL, 2011).

O desenvolvimento tecnológico e científico nas últimas décadas teve um papel fundamental no aumento da esperança média de vida. Contudo, a realidade Portuguesa fica aquém dos padrões Europeus, uma vez que nem sempre mais anos significam qualidade de vida, pois é evidência que, os últimos anos de vida da pessoa idosa, são muitas vezes acompanhados de eventos geradores de incapacidade e dependência, passíveis de serem prevenidos (PORTUGAL, 2004a). Esta dependência traduz-se em consequências não só a nível pessoal como social e económica. No plano Nacional de Saúde 2004-2010 é referido que “os cuidados de saúde, a todos os níveis, não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida” e para combater esta situação propõem-se estratégias e investimentos com “atenção especial às situações de maior vulnerabilidade, como a idade avançada, alterações sensoriais (...) risco de queda (...)” (PORTUGAL, 2004b).

Para combater este facto, a sociedade necessita de tomar uma atitude mais preventiva e promotora da saúde, através de acção de uma equipa multidisciplinar, com o objectivo de obter ganhos em saúde, anos de vida com independência, fornecendo recursos humanos devidamente sensibilizados e formados para os problemas do envelhecimento. “Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países” (PORTUGAL, 2004b, p.3). Integrados nessa equipa multidisciplinar, os enfermeiros têm um papel fundamental junto das populações, no que concerne à prevenção e/ou minimização da dependência. São eles que mais próximos estão da comunidade, sendo responsáveis pela promoção, prevenção e recuperação dos idosos.

A literatura revela que, a queda, em geral, é um dos principais eventos na vida da pessoa idosa gerador de incapacidade, de dependência, de diminuição da qualidade de vida e perda de autonomia, assim como, uma das principais causas de hospitalização da pessoa idosa, sendo responsável pelo aumento do tempo de internamento e consumo de cuidados de saúde. (HAZZARD, 1999; FULLER, 2000; RAMOS e NETO, 2005; EUNESE, 2006; FERRIS, 2007; TIDEIKSAAR, 2009; RUTLEDGE *et al.*, 2010). Esta resulta na maioria das vezes do próprio processo de envelhecimento e senescência.

A nível hospitalar constitui um grave problema de saúde pública pelas consequências económicas e sociais que acarreta. Cerca de 4-10 pessoas idosas hospitalizadas sofrem queda por cada 1000 camas/dia (RUTLEDGE *et al.*, 2010). O risco de queda não pode ser eliminado, mas pode ser reduzido através da avaliação do risco e do planeamento de intervenções (HEALEY *et al.*, 2004; NICE, 2004; AKYOL, 2007; MORSE, 2009; RUTLEDGE *et al.*, 2010). É imperativo que o enfermeiro na busca da excelência do cuidar, desenvolva protocolos de actuação, avalie o risco e implemente estratégias de natureza multifactorial na prevenção da queda no cliente idoso hospitalizado, com vista a obter ganhos em saúde e na qualidade de vida. Tendo consciência desta realidade, torna-se fundamental desenvolver projectos que visem a prevenção e monitorização deste evento em contexto hospitalar.

Este projecto foi desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, cujo propósito foi o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na prática

de cuidados, formação, gestão e investigação. Desenvolvido entre 27 de Setembro de 2010 e 4 de Março de 2011, cujo relatório dá expressão material, tem como foco de estudo o fenómeno da queda na pessoa idosa hospitalizada.

A escolha desta temática resulta da minha prática diária com pessoas idosas hospitalizadas com risco de queda e da necessidade de apropriar instrumentos próprios da profissão e com eles nortear a minha prática. Por outro lado, o evento da queda constitui um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem na instituição onde desenvolvo funções, e como tal, assume um papel preponderante na busca da excelência e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Laraña *et al.* (2007) salientam a este respeito, que a pertinência da temática do evento da queda, na panorâmica actual dos cuidados de saúde, é de tal forma, que se converteu numa das estratégias prioritárias nas políticas adoptadas por diversos organismos internacionais como a OMS, o ICN, entre outros.

Este projecto é norteado pela “filosofia” de cuidados de Collière, centrando-se numa metodologia de projecto assente numa lógica de resolução de problemas, onde os intervenientes assumiram um papel activo na mudança da sua prática. Visa a prevenção e monitorização sistemática do evento da queda na pessoa idosa internada no Serviço de M3B do CHLN-HPV, através da reflexão e mudança da prática dos profissionais e no desenvolvimento de um conhecimento científico fundamentado na evidência científica.

Os objectivos que orientam este projecto albergam duas componentes que se entrecruzam. Uma a nível pessoal e outra a nível da equipa. Assim, foram delineados dois objectivos na sua operacionalização em campo:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, ético-deontológicas e humanas de enfermeiro especialista na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa hospitalizada;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na área da prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa.

O presente documento reflecte o percurso realizado. Assim, no primeiro capítulo, A problemática da queda na pessoa idosa em contexto hospitalar, é exposta a revisão da literatura realizada e abordado o tema do envelhecimento versus o risco de queda, o “estado de arte” do evento da queda na pessoa idosa hospitalizada e o cuidar da pessoa idosa. No segundo capítulo, O percurso da mudança, são explanadas as opções metodológicas assentes numa lógica de resolução de problemas; a finalidade e a operacionalização do projecto nas suas diversas fases. É igualmente alvo de reflexão, o processo de mudança, as limitações e a aquisição de competências. No terceiro capítulo, Implicações ético-deontológicas no percurso da mudança, são descritas as questões ético-deontológicas que nortearam este percurso. No quarto e último capítulo, Conclusão, são apresentadas as principais conclusões do projecto, bem como, as questões emergentes.

No relatório, o uso do termo “cliente” refere-se à pessoa que é alvo de cuidados de enfermagem, dependendo do contexto da sua utilização. A opção pelo termo “cliente” prende-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel activo nos cuidados prestados (OE, 2003c).

Para a sua concepção foram consideradas as normas da ESEL e seguidas as disposições e critérios da Norma Portuguesa (NP 405-1, 405-2, 405-3 e 405-4) emanadas pelo Instituto Português da Qualidade. Este relatório foi redigido sem o acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

1. A PROBLEMÁTICA DA QUEDA NA PESSOA IDOSA EM CONTEXTO HOSPITALAR

A promoção de uma cultura de segurança focalizada na pessoa e a prevenção do evento da queda, em concreto, assume cada vez mais um papel preponderante no ambiente hospitalar. A existência do evento da queda nas instituições de saúde é considerado um sério problema da saúde, assumindo particular destaque pelas consequências individuais e pelo aumento do tempo de internamento, aumentando os custos económicos e sociais (HAZZARD, 1999; FULLER, 2000; RAMOS e NETO, 2005; FERRIS, 2007; TIDEIKSAAR, 2009; RUTLEDGE *et al.*, 2010). Neste contexto, a queda é um risco real e um indicador da qualidade assistencial das instituições.

De acordo com a *European Network for Safety among Elderly*, as quedas são a principal causa de lesões e incapacidade na pessoa idosa nos países da UE (2006). Fuller (2000) salienta que, em comparação com crianças com menos de 5 anos, a pessoa idosa tem uma probabilidade 10 vezes maior de ser hospitalizada e a probabilidade de mortalidade é 8 vezes superior comparativamente à das crianças com menos 5 anos.

Nos Estados Unidos, sensivelmente 75% das mortes pós-queda ocorrem em 14% da população com 65 ou mais anos, e o índice de mortalidade aumenta drasticamente na população acima dos 70 anos (RUBENSTEIN *et al.*, 2001; RUBENSTEIN e JOSEPHSON, 2002; RAMOS e NETO, 2005). A taxa de mortalidade pós-queda na UE – 27, em pessoas idosas com mais de 80 anos é 6 vezes superior à taxa de mortalidade nas pessoas entre a faixa etária dos 65 aos 79 anos (EUNESE, 2006). Rubenstein e Josephson (2002) reforçam estes dados apontando para uma taxa de incidência do evento da queda nas pessoas idosas de 0,2 a 1,6 quedas/por pessoa/por ano, com uma média de aproximadamente 0.7 quedas/ano, em relação à população em geral. A nível da pessoa idosa hospitalizada a média é de 1,4 quedas/por leito/por ano, variando de 0,5 a 2,7 quedas. Rutledge *et al.* (2010), sustentando-se na evidência científica salientam que cerca de 4-10 pessoas idosas hospitalizadas sofrem queda por cada 1000 camas/dia.

A nível nacional subsistem, no entanto, poucos dados estatísticos sobre a incidência deste evento em contexto hospitalar. Todavia, as instituições têm vindo a adoptar uma

cultura de monitorização e notificação deste tipo de acidentes. Segundo o relatório IGAS nº 319/2008, no período compreendido entre Janeiro de 2006 e Janeiro de 2008, foram registados, em 56 instituições hospitalares do Sistema Nacional de Saúde, cerca de 4200 eventos de queda. Contudo alerta para o facto de algumas instituições não monitorizarem de forma eficaz e sistemática do evento da queda (PORTUGAL, 2008). Enquanto cidadãos, os enfermeiros têm o dever e a obrigação de ser elementos impulsionadores de mudança. É imperativo desenvolver competências e estratégias voltadas para a prevenção, numa óptica de redução ou eliminação da incapacidade e desvantagem social, promoção de habilidades e inserção social da pessoa idosa hospitalizada com vista a obter ganhos em saúde.

Nesta linha de pensamento, nasce este projecto com o intuito de desenvolver competências individuais e colectivas voltadas para uma cultura de promoção de segurança focalizada na pessoa idosa hospitalizada.

Assim, julgamos pertinente descrever o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado á enfermagem, baseado na experiência e na formação, pois ninguém é considerado perito, pelos seus pares, no início da sua actividade profissional (BENNER, 2005).

O iniciado não possui experiência de situações onde irá desenvolver as suas acções. O enfermeiro iniciado avalia as situações sem a necessidade de experiência profissional. Neste nível situam-se os enfermeiros recém-formados e, todos os enfermeiros recém-chegados a um novo serviço cujo funcionamento não conhecem.

O iniciado avançado é aquele que demonstra um desempenho classificado como aceitável fruto da pouca experiência profissional, contudo demonstra ainda, uma marcada incapacidade para intervir à margem das regras e orientações para a acção. O enfermeiro iniciado avançado já lidou com algumas situações semelhantes para notar (ou alguém lhe terá chamado a atenção) os factores significativos.

O enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Torna-se competente quando desenvolve as suas acções em termos objectivos ou em função de planos a longo prazo. A sua planificação estabelece uma perspectiva apoiada na análise consciente, abstracta e analítica do problema. O profissional competente é capaz de identificar prioridades, de organizar o seu próprio trabalho e de beneficiar de actividades de aprendizagem que giram em torno da tomada de decisão.

O enfermeiro proficiente percepção as situações na sua globalidade e as suas acções são guiadas por máximas, ou seja, adquire a capacidade de abstracção a partir da sua própria prática. A experiência ensina quais os acontecimentos típicos que vão acontecer numa dada situação e como modificar as suas acções em resposta a esses acontecimentos.

O enfermeiro perito, com a sua experiência prévia compreende de forma intuitiva a situação e concentra-se no ponto fulcral do problema. O perito desenvolve a sua acção a partir de um conhecimento profundo da situação global.

A experiência profissional é uma condição essencial no desenvolvimento das competências, uma vez que é impossível aprender maneiras de lidar e de estar unicamente a partir de conceitos e teorias. Para Benner (2005), a prática é a fonte de novos saberes que vão enriquecendo a teoria.

A pertinência deste projecto fundamenta-se assim, no desenvolvimento de competências de perito no cuidar da pessoa idosa hospitalizada e na mudança das práticas dos enfermeiros de um serviço de medicina, na busca da melhoria contínua dos cuidados prestados numa área de intervenção específica. A filosofia do cuidar de Collière acompanha a sua operacionalização, permitindo “enquadrar o praticável”, definindo a área em que o enfermeiro actua, precisando o seu espaço de liberdade e os limites da sua actuação. Em suma, sustentar e nortear a prática na abordagem à pessoa idosa com risco de queda, pela promoção dos cuidados de manutenção que permitem promover a vida.

Pela complexidade do fenómeno em estudo, torna-se proeminente aprofundar conhecimentos relativos à prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa com risco de queda.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A pessoa idosa é um ser igual e diferente de todos os outros em constante interação com o meio, com um projecto e contexto de vida do qual não pode ser dissociado. É um todo indivisível, fruto de todas as dimensões que o envolvem e que definem as suas necessidades.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 6), *"os idosos são pessoas globais, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. A velhice é um período importante da vida, com as suas vantagens e com os seus inconvenientes"*. A velhice é uma etapa natural do *continuum* de vida da pessoa.

De acordo com os mesmos autores, a velhice como um processo natural, dinâmico e positivo, tem que levar inevitavelmente a uma mudança de atitudes da sociedade em relação ao envelhecimento e à pessoa idosa. Urge então mudar mentalidades e comportamentos, para que a pessoa envelheça com saúde, autonomia e independência. Estas mudanças deverão começar por "nós", na nossa família, no nosso local de trabalho.

Assim, neste capítulo pretendemos abordar os aspectos relacionados com o fenómeno da queda na pessoa idosa enquadrado na filosofia do "cuidar" de Collière. Trata-se de revisão da literatura que resulta da pesquisa de artigos e obras literárias em bases de dados científicas (*"EBSCOhost: CINAHL Plus with full text, MEDLINE with full text"*; *"B-on"* e *"SciELO – Scientific Electronic Library Online"*) e da base de dados da ESEL.

2.1. O envelhecimento versus o risco de queda

O ICN (2005, p. 53) define o envelhecimento como um *"processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio de processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada."* Este fenómeno é marcado por

mudanças bio-psico-sociais, inerentes à evolução do tempo, e que se constrói de forma progressiva desde o nascimento e se desenvolve ao longo da vida. A forma como este processo decorre depende não só das características fisiológicas e psicológicas da pessoa, como também das vivências pessoais e meio social, cultural e religioso onde se encontra inserida (BERGER, MAILLOUX-POIRIER, 1995; MONIZ, 2003).

O envelhecimento é pois algo que faz parte da natureza, consumado gradualmente e vivido de forma individual. *“A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo”* (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 99). Cada pessoa vivencia a velhice de forma diferente e a ritmos diferentes, adaptando-se de forma pessoal às mudanças.

Referindo os mesmos autores, o envelhecimento é acompanhado pelo decréscimo da força muscular, pelo défice cognitivo, visual e auditivo, pelas alterações proprioceptivas e pela lentificação dos movimentos e reflexos, potencializando o risco de acidentes na pessoa idosa, nomeadamente, a queda. Neste sentido, é fundamental compreender a contribuição de cada sistema e o próprio processo de envelhecimento e senescência neste evento, com consequências geralmente nefastas para a pessoa idosa.

No envelhecimento as mudanças estruturais vão ocorrendo a vários níveis: celular, tecidual, orgânico e sistémico. As alterações a nível do sistema locomotor são as que mais rapidamente aparecem, não só modificam a aparência e a estrutura física, mas também o funcionamento do organismo. Atingem não só os músculos, ossos e articulações, como também, o conjunto de tecidos de suporte que vai contribuir para distúrbios da marcha e do equilíbrio na pessoa idosa, aumentando o risco de queda e a perda da sua autonomia e independência (BERGER, MAILLOUX-POIRIER, 1995; RAMOS e NETO, 2005).

Segundo Harrison (1992), o Homem desenvolve com o envelhecimento uma flexão para a frente da parte superior do tronco, com flexão dos braços e joelhos, diminuição do balanço dos braços e encurtamento dos passos. As mulheres idosas apresentam uma marcha bamboleante, com encurtamento dos passos. As anormalidades da marcha e do equilíbrio predispõem os idosos para as quedas.

A ocorrência de determinadas patologias crónicas ou degenerativas podem também revelar-se como factor de risco para a ocorrência das quedas (como, a Doença de

Parkinson, os Acidentes Vasculares Cerebrais, as Demências, entre outras), especialmente as patologias que levam a alteração da mobilidade, equilíbrio e controle postural. Guimarães (2004) refere que, a ocorrência das quedas encontra-se relacionada com o grau de incapacidade funcional apresentado pela pessoa.

Os sistemas somato-sensorial, visual e vestibulares demonstram alterações com o envelhecimento (GUIMARÃES, 2004). De facto, a diminuição da acuidade visual e auditiva é uma das causas mais significativas das quedas. Com o envelhecimento, o tamanho e resposta da pupila diminui. Ao entrar num local escuro ou sair à noite, a pessoa idosa tem um risco de queda acrescido, pois o tempo necessário para que o olho atinja um nível de sensibilidade à luz encontra-se prolongado, para além de que a percepção de profundidade também se encontra alterada. No que respeita ao sistema vestibular, a acuidade auditiva diminuída também surge como factor de risco, pois a pessoa pode tornar-se incapaz de ouvir ruídos que o podem alertar.

Todas estas alterações, decorrentes do processo de envelhecimento e senescência, aumentam a probabilidade de ocorrência do evento queda.

2.2. A queda na pessoa Idosa hospitalizada: “o estado de arte”

As quedas são um eventos adversos mais frequentes na pessoa idosa em contexto hospitalar. Pelas consequências físicas, psicológicas, sociais e económicas que acarreta, constitui um grave problema de Saúde Pública. Habitualmente, traduzem um aumento da dependência, da institucionalização, da morbilidade, da mortalidade e deterioração da qualidade de vida da pessoa idosa (HAZZARD, 1999; FULLER, 2000; RAMOS e NETO, 2005; FERRIS, 2007; TIDEIKSAAR, 2009; RUTLEDGE *et al.*, 2010).

A literatura consultada evidencia diversas definições para este evento. Todavia, estas apresentam em comum pelo menos dois destes factores: é um acontecimento que não é intencional mas inesperado; é de causa multifactorial; existe uma deslocação do corpo para um nível inferior à cintura pélvica; pelo menos parte do corpo entra em contacto com o chão. A OMS (2007) define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente a ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objectos. Para o ICN

(2005, p. 44), “cair” é a “*actividade executada pelo próprio com as seguintes características: deslocação rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior, devido a perda de equilíbrio ou falta de capacidade para sustentar o peso corporal em diferentes posições.*” A queda é o evento ou episódio de cair. (ICN, 2005, p. 151).

No que concerne à sua classificação, ao realizar a pesquisa bibliográfica, verificaram-se várias propostas de classificação deste evento consoante a frequência com que ocorre, o tipo de consequências, o tempo de permanência no chão e os factores de risco, entre outras. Simpson (2000) classifica a queda:

- Quedas Ocasionais – que ocorrem devido a factores extrínsecos;
- Quedas Intermitentes ou Intercorrentes – quando estão associadas a alguma patologia aguda ou distúrbio passageiro do aparelho circulatório. Este tipo de queda tem geralmente uma explicação clínica e deixa de ocorrer quando se institui uma terapêutica adequada;
- Quedas Recidivantes – quando se repete uma ou mais vezes no espaço temporal de seis meses. A pessoa costuma ter um estado geral débil, no entanto não existe uma explicação clínica para as quedas;
- Casos de Risco – incluem pessoas com alto risco de queda, mas que nunca caíram.

Por sua vez, Morse (2009) classifica este evento:

- Quedas acidentais – que estão associadas a factores ambientais (ambiente inadequado, obstáculos, barreiras do espaço físico, entre outros);
- Quedas fisiologicamente imprevisíveis – que resultam de alterações fisiológicas, contudo não são previsíveis antes da primeira queda, representando cerca de 8% do total das quedas ocorridas no contexto hospitalar;
- Quedas fisiologicamente previsíveis – são as mais frequentes (cerca de 78%), ocorrem nas pessoas com alterações fisiológicas que predis põem a um alto risco de queda.

Para a implementação deste projecto adoptou-se a classificação de Morse por melhor reflectir o contexto hospitalar. As medidas preventivas centram-se fundamentalmente nas quedas fisiologicamente previsíveis. A identificação dos factores de risco e implementação de estratégias adequadas é fundamental na sua prevenção.

2.3. Factores de risco

Sendo a queda um evento complexo e dinâmico de causa multifactorial, a literatura consultada realça esta realidade estudando diversos factores de risco, quer de forma isolada, quer em diferentes associações.

Os factores de risco de queda na pessoa idosa podem ser de natureza intrínseca, relacionados com o próprio processo de envelhecimento e senescência, ou de natureza extrínseca, relacionados com as condições ambientais (HAZZARD, 1999; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, BRITISH GERIATRICS SOCIETY, AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION, 2001; TODD e SKELTON, 2004; EUNESE, 2006; FERRIS, 2007; NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2007; RUTLEDGE *et al.*, 2010). Rubenstein *et al.*, (2003) salientam ainda a existência de factores situacionais que são definidos como interacções particulares de factores intrínsecos e extrínsecos reunidos numa dada acção ou actividade realizada pela pessoa idosa.

A nível da literatura existe uma enorme variedade de estudos que identificam diversos factores de risco específicos para o evento da queda na pessoa idosa. Contudo importa salientar que a comparação e análise destes devem ser cuidadosas, pois existe uma variabilidade metodológica notória, incluindo a falta de clareza em relação à população de estudo, como institucionalizados, não institucionalizados e hospitalizados.

De entre os factores intrínsecos, salientam-se:

- História recente de quedas; Idade - a incidência de queda aumenta com o avanço da mesma; Género - o sexo feminino tem uma maior incidência de queda e de lesões graves; Patologia - Doenças Cardiovasculares, Doenças Neurológicas, Doenças Geniturinárias, entre outras; Défices sensoriais (diminuição da acuidade visual e auditiva e alterações proprioceptivas); Défi ce neuromuscular - alterações da mobilidade e da marcha; alterações do equilíbrio; deformidades do pé; Défices cognitivos; Dor crónica; Síndrome pós-queda; Polimedicação - à medida que aumenta o número de medicamentos aumenta o risco de queda; benzodiazepinas, medicamentos psicotrópicos, sedativos, diuréticos, entre outros, são um factor de risco acrescido (EVANS *et al.*, 2001;

NICE, 2004; TODD e SKELTON, 2004; CRANWELL-BRUCE, 2008; TIDEIKSAAR, 2009).

De entre os factores extrínsecos, salientam-se:

- Ambiente físico - iluminação inadequada, piso escorregadio, superfícies irregulares, entre outros; Calçado e vestuário inadequados; Dispositivos auxiliares inadequados (NICE, 2004; TODD e SKELTON, 2004; EUNESE, 2006).

A literatura parece ser unânime ao afirmar que a maioria das quedas ocorridas nas pessoas idosas hospitalizadas resulta da sinergia entre os factores de risco intrínsecos e extrínsecos. Oliver *et al.* (2004), após uma revisão sistemática da literatura sobre esta temática concluiu que, as causas mais comuns de queda nas pessoas idosas hospitalizadas são: história recente de queda, alterações da mobilidade e da marcha, agitação e confusão; incontinência urinária e medicação psicotrópica.

Saraiva *et al.* (2008) descreve várias abordagens que ajudam a compreender a queda, agrupando os factores de risco específicos em cada pessoa face a sua situação particular de vida e o contexto onde se insere. Assim, a abordagem ecológica visa conhecer a interacção entre a pessoa e o meio ambiente, identificando potenciais riscos ambientais passíveis de intervenção. A abordagem fisiopatológica alerta para os diversos défices que produzem instabilidade na pessoa, como é o caso dos défices sensoriais. Na perspectiva biomédica são identificadas as doenças que predispõem ao evento da queda. Por último, a abordagem funcional focaliza-se na capacidade funcional da pessoa, nos diversos movimentos que realiza nas suas Actividades de Vida Diária e que podem representar um factor de risco.

A avaliação do risco de queda assenta na identificação dos factores de risco e da especificidade da pessoa idosa que é cuidada. O levantamento e estratificação dos factores de risco permitem o planeamento e implementação de estratégias preventivas e terapêuticas consoante o risco de queda. É consenso que o aumento do risco de queda é proporcional aos factores de risco identificados (NABESHIMA, 2007).

Perell *et al.* (2001), na revisão analítica de vinte instrumentos de avaliação do risco de queda conclui que, estes devem ser fáceis de usar e de preenchimento fácil. Ferris (2007) acrescenta que, estas escalas devem sugerir intervenções de acordo com o risco. Hendrich (2006) reforça ainda que, o instrumento de avaliação do risco deve ser

específico e sensível para a população em causa e fazer parte da prática dos enfermeiros.

A literatura evidencia a existência de diversos instrumentos de avaliação do risco de queda, a Escala de Morse, a STRATIFY, a Hendrich II Fall Risk Model, entre outras. Para este projecto adoptou-se a Escala de Morse. Esta é utilizada em diferentes populações de pessoas hospitalizadas (SCHWENDIMANN, 2006). Segundo Jackson e Jackson (2007, p. 31) é “uma das escalas mais utilizadas em locais de atendimento de casos graves, em hospitais (...). A avaliação confiável e sistemática dos factores de risco de queda, quando da ocorrência de alguma queda, nas mudanças de condição e na alta ou transferência para novo local.” Barnett (2002) salienta ainda que foram realizados vários testes que asseguram a sua fiabilidade, sensibilidade e precisão.

A Escala de Morse baseia-se na avaliação de 6 variáveis: história de queda nos últimos 3 meses; presença de diagnóstico secundário; uso de ajudas na mobilização; terapêutica endovenosa ou “*saline lock*”; marcha e estado mental (tem ou não consciência das suas capacidades/limitações) que resultam numa pontuação de 0 a 125 pontos. O risco de queda é calculado de acordo com pontuação obtida e pode-se classificar em: Baixo Risco (0-24 pontos); Médio Risco (24-50 pontos) e Alto Risco (superior a 50 pontos). Morse (2009) sugere algumas intervenções a adoptar de acordo com o risco avaliado.

De acordo com a mesma autora, a escala deve ser aplicada na admissão do cliente (nas primeiras 24 horas). O risco deve ser reavaliado quando ocorrem alterações do estado de saúde que justifiquem uma nova reavaliação e após evento de queda. Caso não se verifiquem nenhuma destas hipóteses, basta realizar uma vez por semana.

O risco de queda não pode ser eliminado, mas pode ser reduzido através da avaliação do risco de queda e do planeamento de intervenções (HEALEY *et al.*, 2004; NICE, 2004; AKYOL, 2007; MORSE, 2009; RUTLEDGE *et al.*, 2010). Schwendimann *et al.* (2006), no seu estudo quasi-experimental, realizado em um Hospital de Zurique, aplicou a Escala de Morse na avaliação do risco de queda e implementou 15 estratégias preventivas a clientes internados (n= 1989). Os resultados demonstraram uma redução da incidência de queda, comparativamente ao grupo (n=211) em que não foram implementadas estratégias preventivas.

No caso de ocorrer uma queda, para além dos procedimentos usuais que os enfermeiros desenvolvem, é fundamental comunicar e registar o evento.

A avaliação da pessoa idosa após a queda deve englobar, a obtenção da história da queda de forma detalhada, (*onde? quando? em que circunstâncias? a que horas?*) e o exame físico, na busca de factores intrínsecos. De seguida deverá ser realizada uma avaliação funcional, que vise avaliar as perdas específicas a nível funcional. A literatura evidencia alguns testes como, o índice de Katz, o índice de Lawton e Brody, o teste de Berg (BERG et al. 1992), o teste Timed, Up & Go (PODSIADLO e RICHARDSON, 1991), entre outros. Por fim deverá realizar-se uma avaliação ambiental, na procura de factores extrínsecos e de como a pessoa idosa interage com o meio (NICE, 2004).

Não valorizar o evento da queda não contribui para a resolução do problema. O registo deve conter o motivo da queda, o local da queda, a hora da queda, as lesões que dela resultaram, se foi visualizada, a necessidade de meio complementares de diagnóstico e terapêutica e que medidas preventivas estavam a ser adoptadas (COUSSEMENT et al. 2009). Só com informação detalhada e precisa é possível compreender o fenómeno da queda na pessoa idosa hospitalizada e contribuir para a redução deste evento e consequente redução das consequências que dele advêm.

2.4. Consequências da queda

A elevada prevalência de co-morbilidades presente nas pessoas idosas associadas a alterações funcionais, cognitivas e sensoriais resultantes do próprio processo de envelhecimento fazem da queda, um evento “grave” na sua vida, originando diversos tipos de lesões (físicas, psicológicas e sociais) que afectam a sua autonomia, qualidade de vida e aumentando o risco de morte prematura (HAZZARD, 1999; OLIVER, 2004; RAMOS e NETO, 2005; SARAIVA *et al.*, 2008; TIDEIKSAAR, 2009).

As consequências físicas são todas as lesões que resultam de traumatismos como, as feridas, os hematomas e/ou fracturas, entre outras. As consequências psicológicas englobam o medo de voltar a cair, a ansiedade, a perda da auto-estima, entre outras. Diversos autores englobam estas últimas sob o nome de síndrome pós-queda. A nível

social, as consequências das quedas podem levar ao aumento dos custos relacionados com o aumento do tempo de internamento e diminuição da autonomia da pessoa.

Decesaro e Padilha (2001), no seu estudo, evidenciaram várias consequências imediatas na pessoa hospitalizada que sofreu queda, de onde se destacam, os traumatismos teciduais, as alterações terapêuticas, as alterações emocionais, o agravamento do seu estado clínico e a morte. Num outro estudo realizado por Marin *et al.* (2000) é salientado que as principais consequências oriundas deste evento são: os abrasões, as contusões, as lacerações, as fracturas, o aumento do tempo de internamento e aumentos dos custos relacionados com o tratamento e o cepticismo em relação à qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

De acordo com Rutledge *et al.* (2010) cerca de 30% das quedas resultam em lesões e 5% em fracturas. A literatura salienta ainda que cerca de metade das pessoas idosas hospitalizadas por fractura da anca não recupera a mobilidade anterior à queda e que 90% das fracturas da anca são oriundas de quedas, originando um aumento do tempo de internamento e dos custos em saúde (HAZZARD, 1999; FULLER, 2000; RAMOS e NETO, 2005; EUNESE, 2006; RUTLEDGE *et al.*, 2010).

Fabício *et al.* (2004), no seu estudo refere que 44% das pessoas idosas têm medo de voltar a cair, o que é extremamente importante, pois vai ter um impacto profundo na vida da pessoa idosa, levando-a ao isolamento, insegurança, medo e restrição da mobilidade.

A segurança da pessoa idosa hospitalizada deverá ser uma prioridade na prática de cuidados de enfermagem. Só com estratégias baseadas em evidências é possível prevenir este evento.

2.5. Cuidados baseados na prevenção

A prevenção do evento da queda é um componente importante da promoção da segurança da pessoa idosa. Assim, a consciencialização dos profissionais para a esta problemática, a adopção de medidas preventivas e a criação de programas de actuação ao nível da prevenção assumem um papel essencial na promoção de uma

cultura de segurança focalizada na pessoa idosa hospitalizada (ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010; CALDEVILLA e COSTA, 2009; SARAIVA *et al.*, 2008).

A maioria das quedas pode ser antecipada com a adopção de medidas de prevenção eficazes (Morse, 2009). Almeida, Abreu e Mendes (2010, p. 169) referem que a prevenção deste evento deve assentar na “evidência empírica e na construção do conhecimento válido e específico da situação para permitir a sua transferência para os cuidados” de enfermagem. Neste sentido, a investigação deve ser o pilar da criação e construção de protocolos de actuação e da formação dos profissionais.

A formação dos profissionais e especialmente dos enfermeiros deve assentar como já foi referenciado na evidência científica. Esta deve incidir na consciencialização sobre a problemática do evento da queda na pessoa idosa hospitalizada, na implementação de instrumentos adequados para a avaliação do risco e na identificação e intervenção junto da pessoa idosa com risco de queda e sua família (CALDEVILLA e COSTA, 2009). Ramos (2008) salienta que a prevalência deste evento é um foco sensível aos cuidados de enfermagem, indo ao encontro com as directrizes do ICN e da OE.

Saraiva *et al.* (2008) referem que a prevenção deste evento assenta em quatro áreas prioritárias, avaliação do risco e tratamento dos factores intrínsecos, observação e avaliação da marcha, avaliação das condições ambientais e revisão das circunstâncias que estiveram na génese de quedas anteriores.

Os mesmos autores descrevem algumas directrizes na adopção de estratégias preventivas do evento da queda, das quais se salientam, a orientação da pessoa sobre os riscos da queda e suas consequências; a avaliação global da pessoa, com medidas correctivas adequadas dando especial relevo à função cognitiva, ao estado de consciência e à capacidade de realizar as Actividades de Vida Diária; revisão terapêutica; avaliação da acuidade visual e auditiva, mobilidade e nutrição, programação de exercícios que visem a melhoria do equilíbrio e da marcha; medidas gerais de promoção da saúde e correcção dos factores de risco ambientais.

Sabemos que o risco de queda é proporcional aos factores de risco identificados. Esta realidade é de vital importância na pessoa idosa hospitalizada, que de uma forma geral, possuem múltiplos factores de risco, resultantes do próprio processo de envelhecimento e senescência. Assim, os profissionais de saúde devem promover

estratégias multifactoriais com o intuito de reduzir ou eliminar os factores passíveis de actuação (NICE, 2004).

A avaliação do risco de queda assume um papel primordial logo desde a admissão. De acordo com Caldevilla e Costa (2009), Morse (2009) e Almeida, Abreu e Mendes (2010), face a esse mesmo risco deverão ser utilizados protocolos de actuação que visem a redução desse mesmo risco. Por fim, é essencial a sua monitorização sistemática durante o internamento, notificando e caracterizando a ocorrência destes eventos, de forma a adoptar ou a reformular as intervenções planeadas.

A promoção de um ambiente seguro à pessoa idosa hospitalizada, atenuando o desenraizamento do seu contexto de vida e consequente despersonalização dos cuidados, é uma das constantes preocupações do enfermeiro que cuida.

Cuidar da pessoa idosa com risco de queda reveste-se de contornos especiais pelas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem nesta etapa do ciclo de vida e pela complexidade do fenómeno da queda. Neste sentido, abordaremos nos próximos parágrafos a essência dos cuidados baseados na prevenção à luz do referencial teórico que norteou este projecto.

2.6. Cuidar da pessoa idosa com risco de queda

A enfermagem enquanto disciplina e profissão assenta na essência do cuidar. Este conceito tem implícita uma filosofia de vida, isto é, formas de pensar e conceber um projecto de cuidados que se centra na pessoa, grupo ou comunidade. É uma “atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde” (HESBEEN, 2000, p.10).

Segundo Watson (1988, p.27) “cuidar é um fim em si mesmo e não um meio para atingir um fim; é uma abordagem individual dirigida à totalidade da pessoa e que integra todas as partes num todo significativo”. É “um verdadeiro encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e ajuda que se evidencia por uma abertura, compreensão e confiança” (Moniz, 2003, p.25).

Para Collière (1999, p.235-236) cuidar é “um acto de vida”, é um “acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. É o ponto de partida para um projecto de cuidados que se assemelha a um mapa, pois, embora nos mostre o caminho principal, não nos fornece os detalhes, mostrando-se na nossa experiência e concretiza-se na prática. Este assenta em quatro pilares base:

- A pessoa – como um ser único e indissociável do seu universo, em que todas as suas dimensões formam um todo em constante relação com o ambiente;
- O ambiente – como o conjunto de todo o universo do qual a pessoa faz parte e está em constante interacção;
- A saúde – como um processo dinâmico e colectivo que é vivenciado de acordo com projecto e contexto de vida de cada pessoa;
- Nos cuidados de enfermagem – como um processo de “descoberta – elucidação – acção” entre parceiros sociais com uma competência diferente e complementar, que resultam de cada situação específica, “elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados” (COLLIÈRE, 1999, p. 293).

Cuidar é um acto terapêutico, com finalidades e objectivos comuns. Uma forma científica e profissional de lidar com a pessoa e aqueles que fazem parte da sua vida, devendo ser ético e responsável. É proporcionar instrumentos, tomando “por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2003c, p. 5) para que, cada um possa tomar decisões de forma informada e esclarecida, indo ao encontro da felicidade que persegue, de um projecto de vida que é individual. Só se cuida verdadeiramente quando se reconhece a pessoa como “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças, e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p. 6).

A pessoa não se encontra só e por isso age e interage no meio onde se insere, influenciando-o e sofrendo influências deste, “nenhuma das características de vida poderia ser isolada de um conjunto de sistemas em interacção” (COLLIÈRE, 1999, p. 253). Particularmente na pessoa idosa a hospitalização representa simultaneamente

uma ameaça e um desafio, que é vivenciado de diferentes formas. O ambiente hospitalar é, habitualmente, desconhecido e despersonalizado, desenraizando a pessoa do seu ambiente. O enfermeiro deve por isso abordar a “pessoa situada¹” de forma a compreender o seu projecto de vida, a forma como vivência as diferentes experiências de saúde/doença, manifesta as suas necessidades e exprime as suas angústias e anseios.

Segundo esta mesma autora, o enfermeiro intervém “por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favoreçam o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por um outro, em relação a tudo que a revitaliza alguém que esteja doente” (1999, p. 285). Assim, a natureza do tipo de cuidados distingue-se de acordo com a sua finalidade. Se por um lado, os cuidados de manutenção de vida: **care** – estão relacionados com as funções de manutenção da vida, para as quais importa conhecer os hábitos daquela pessoa, as suas crenças, os seus valores, o seu projecto de vida, por outro, os cuidados de reparação: **cure** – estão ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida e que valorizam o tratamento da doença. Quando existe uma prevalência dos cuidados de reparação sobre os de manutenção de vida, “há uma aniquilação progressiva de todas as forças vivas das pessoas, de tudo a que a faz ser e desejar reagir, porque há esgotamento das fontes de energia vital, sejam de que naturezas forem (1999, p. 239).

Particularmente, na pessoa idosa com risco de queda, intervimos de forma a prevenir o evento da queda, por outro, desenvolvemos cuidados que visam o tratamento da doença e/ou da consequência resultante do próprio evento. Em ambos os casos, o “**Care**” e o “**Cure**” estão presentes na intervenção do enfermeiro. O ambiente influencia a saúde e a própria vida da pessoa. A adaptabilidade dinâmica entre a pessoa idosa e o meio vai afectar o seu comportamento, bem-estar e o risco de queda.

¹ “Pessoa situada”: situada no seu contexto e projecto de vida. Situada na dimensão familiar, com um conjunto de raízes, como os costumes, a cultura, o ambiente ou o património genético; situada na dimensão social onde vê prolongadas as raízes atrás referidas, situada no espaço e no tempo (ARCHER, BISCAIA e OSSWALD, 1996).

Assim, o planeamento de qualquer situação de cuidados, é centrada na pessoa que a vivência. O enfermeiro é orientado, no planeamento das suas intervenções, pelo projecto e contexto de vida de cada pessoa. Para isso, deverá saber responder as seguintes questões (COLLIÈRE, 1999, 2003):

- Quem é a pessoa?
- Qual é o seu projecto de vida?
- Qual é a sua rede de relações afectivas?
- Qual é a história da doença actual?
- Como vivencia a doença?
- Qual é o impacto da doença na sua vida?
- O que a pessoa pode ou sabe fazer por si?
- Que capacidades podem ser mobilizadas?
- O que a pessoa pode fazer com ajuda?
- Como se estimulam as forças vivas da pessoa?

Neste sentido, o “*Cuidar da pessoa idosa*” tem que combinar toda uma panóplia de conhecimentos e habilidades, o “Saber Ser”, o “Saber Estar” e a intuição que, a vão ajudar na sua situação singular, de forma a continuar o seu percurso de vida com o máximo de autonomia e independência possível. O enfermeiro vai “*actuar em complementaridade com o que eles próprios ainda não sabem fazer, não podem, já não podem, ou então podem fazer com suporte e ajuda*” (COLLIÈRE, 1999, p. 294), implicando de forma activa a pessoa idosa nos cuidados prestados, de forma a promover a sua dignidade enquanto pessoa, bem como, a sua autonomia e independência (COLLIÈRE, 1999, 2003). Citando Hesbeen (2001, p. 52), “(...) uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova de talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político,

económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados.”

Cuidar da pessoa idosa com risco de queda é compreender o fenómeno da queda como único, mas em constante interacção com tudo que o rodeia. Não se pode “olhar” para um problema sem “olhar” para a pessoa como um todo, os seus projectos e contexto de vida. O enfermeiro compreende o seu campo de competências situado em inter-relação com o campo de competências e potencialidades da pessoa idosa com risco de queda.

Citando Caldevilla e Costa (2009, p. 28) “só assim a Enfermagem causará a diferença, só assim será possível dar resposta aos problemas(...)” das pessoas idosas hospitalizadas. “Só assim os enfermeiros estarão na linha da frente, nesta luta desigual entre o idoso e as quedas.”

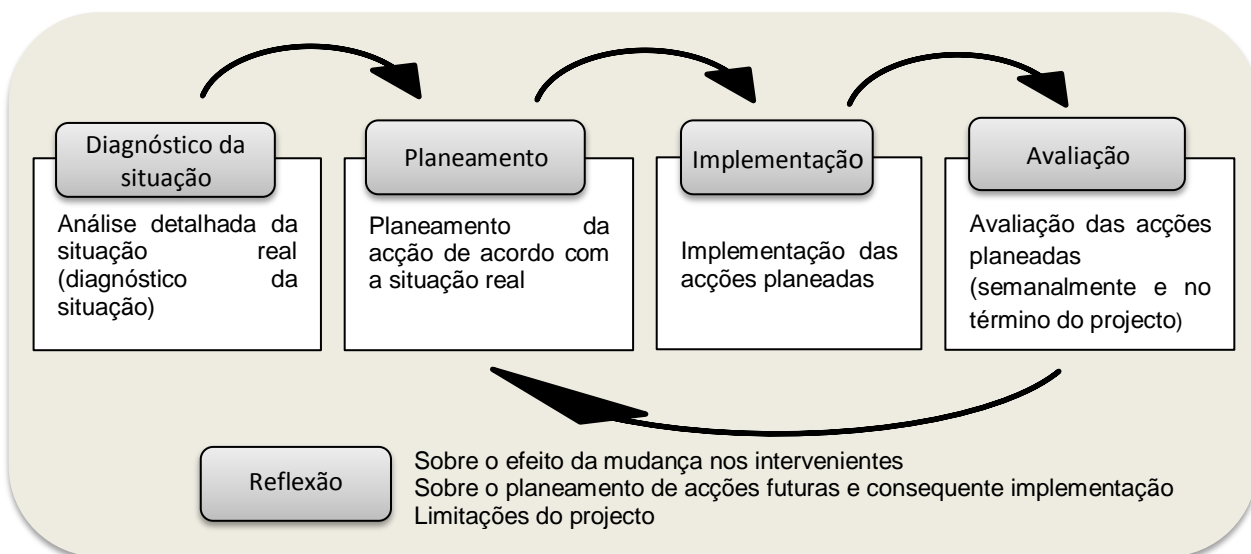
3. O PERCURSO DA MUDANÇA

A identificação de um problema e a sua análise no campo específico da sua ocorrência dão orientações importantes acerca da metodologia a adoptar para a resolução do mesmo. A partir de um problema identificado, procuram-se novos caminhos, avaliam-se sucessivamente as mudanças que vão ocorrendo, correspondendo a investigação a uma procura de soluções específicas para cada contexto da prática.

Neste sentido e perspectivando-se a mudança da prática no decurso da mesma, optou-se por uma metodologia de projecto assente numa lógica de resolução de problemas, onde os intervenientes foram analisando as suas práticas, identificando áreas a melhorar, trilhando caminho e produzindo mudanças. De acordo com Streubert e Carpenter (2002), este percurso metodológico assume um papel útil nos ambientes de saúde actuais onde a mudança nos cuidados de saúde é rápida, pois fornece mecanismos que permitem mudar as práticas de enfermagem e simultaneamente analisar e reflectir sobre o processo da mudança.

Estes mesmos autores referem ainda que, esta metodologia se desenvolve num processo cíclico, implicando diagnóstico da situação, planeamento, acção, avaliação e reflexão, numa abordagem sistémica em que cada uma das etapas é influenciada pela anterior e influencia a seguinte. Baseado nesta premissa, passa-se a ilustrar esquematicamente os passos seguidos neste projecto (Ilustração 1).

Ilustração 1 – Fases metodológicas do projecto



Os estudos desta natureza visam criar soluções para problemas da prática, relevantes para um determinado contexto, pelo que, não podem ser generalizados (Streubert e Carpenter (2002). O carácter dinâmico que um projecto desta natureza representa, implica a possibilidade de mudança de percurso, pelo que, o planeamento da acção foi concebido de forma reflectida em torno da sua finalidade, procurando desenvolver acções e aplicando os ensinamentos provenientes das experiências vivenciadas.

À medida que o projecto se desenvolveu e a realidade foi observada, descrita e analisada foram interpretados e sintetizados os dados que permitiram conceber propostas de acção na procura da mudança das práticas na prevenção do evento queda na pessoa idosa internada no Serviço de M3B. De igual modo, foi fundamental a reflexão crítica das práticas e a articulação entre estas e a teoria. A sua articulação foi promovida de forma a otimizar a mudança em todos os espaços de formação. Assim, foi criado um “*conhecimento prático*” no contexto onde se desenvolveu o projecto e o investigador assumiu o papel de perito na área de estudo, apesar de as decisões serem tomadas em conjunto com os intervenientes no estudo. Esta opção possibilitou que todos os participantes se tornassem actores da mudança, incorporando-a na sua prática quotidiana. A minha participação na implementação deste projecto realizou-se a dois níveis: como investigador interno e como elemento integrante da equipa.

Em suma, a metodologia da resolução de problemas implica uma orientação para a mudança, partindo de um problema identificado. Assim, surge a problemática do *risco de queda na pessoa idosa*, incidindo o projecto na *Intervenção do enfermeiro na prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa em contexto hospitalar*. Neste sentido, passam-se a descrever a finalidade, e sua operacionalização nos parágrafos que se seguem.

3.1. Finalidade do projecto

Os Enfermeiros pelas suas competências descritas pelo órgão que regula a sua carreira são os profissionais que estão mais próximos dos clientes, pelo que dispõem de oportunidades únicas para cuidar do cliente idoso. É fulcral o desenvolvimento de

competências nesta área específica de intervenção, com vista a obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A competência, de acordo com Le Boterf (2003, 2005), resulta no saber mobilizar conhecimentos, capacidades e recursos perante uma situação específica, permitindo a optimização dos cuidados e a promoção de uma prática de excelência. Por sua vez, a OE (2003a, p. 246) define competência como um “fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional.” Então, para que se desenvolva uma “prática avançada” é fundamental que o enfermeiro mobilize de forma intuitiva todo um conjunto de saberes nas diversidades e adversidades da sua prática, sem se perder em diagnósticos supérfluos.

Assim, o projecto contribuiu para o desenvolvimento profissional dos seus intervenientes, através da aquisição de competências na prevenção e monitorização do incidente de queda na pessoa idosa, tendo como finalidade:

- ***Contribuir para o desenvolvimento de competências na prevenção e monitorização do evento de queda na pessoa idosa internada no Serviço de M3B, do CHLN-HPV.***

A metodologia descreve o percurso para alcançar uma determinada finalidade, contudo são os objectivos que norteiam esse mesmo caminho. Neste sentido, delineamos dois objectivos gerais que se entrecruzam. O primeiro centra-se no desenvolvimento de competências que reflectam uma prática diferenciada de enfermeiro especialista na área do cuidar da pessoa idosa:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, ético-deontológicas e humanas de enfermeiro especialista na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa hospitalizada.

O segundo centra-se no desenvolvimento de competências na equipa, onde o enfermeiro especialista assume o papel de gestor, supervisor e de líder:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na área da prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa.

Tendo consciência que, *“é da prática que justamente é preciso partir para construir a profissão e não do imaginário de uma profissão mais ou menos forte e prestigiosa que pretende impor as suas opiniões sobre a prática”* (HESBEEN, 2000, p. 82), foram estabelecidos dois contextos para o ensino clínico, em conjunto com a orientadora e co-orientadora do projecto. Estas escolhas visaram não só, o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais de enfermeiro especialista, como também, desenvolver competências na equipa com vista à mudança das práticas. Os locais de ensino clínico foram:

- GGR do CHLC-HSM (de 27 de Setembro a 15 de Outubro de 2010)
- Serviço de M3B do CHLN-HPV (de 18 de Setembro de 2010 a 4 de Fevereiro de 2011)

Apresentada a finalidade e os objectivos que nortearam o projecto, opta-se por expor a sua operacionalização de acordo com as opções metodológicas adoptadas. Pretendendo-se assim, evidenciar toda a dinâmica que um projecto desta natureza impõe.

3.2. Diagnóstico da Situação

O Serviço de M3B do CHLN-HPV tem um contexto distinto da nossa prática quotidiana, pelo que sentimos a necessidade de compreender a organização, a dinâmica e a sua articulação com a comunidade. O acolhimento efectuado pela Co-orientadora e restante equipa e a integração no serviço, contribuíram significativamente para o sucesso do percurso efectuado na aquisição de competências de enfermeiro “especialista” e implementação do projecto.

Após ter sido exposta a finalidade do projecto e os seus objectivos, a Enfermeira Chefe demonstrou interesse em que se realizasse um projecto nesta área, considerando-o pertinente para o serviço e para o Departamento de Medicina. A equipa demonstrou motivação para aprofundar saberes relativos à problemática da queda no cliente idoso, avaliar o risco de queda e delinear estratégias de forma a preveni-la, dando seguimento ao trabalho desenvolvido, no início de 2010, na avaliação do risco de queda durante o ensino clínico de uma estudante do quarto ano da Licenciatura em Enfermagem.

O Serviço de M3B é um serviço de internamento misto, com uma população de clientes maioritariamente idosa com várias patologias associadas decorrentes do próprio processo de envelhecimento e senescência (Anexo I, Anexo II). O número de clientes internados com risco de queda ocorre com uma expressão significativa dentro desta faixa etária, pelo que, é primordial desenvolver estratégias que visem a prevenção do incidente de queda e consequentes ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e quatro enfermeiros, dos quais vinte e dois se encontram em regime de horário rotativo, subdivididos em cinco equipas. Trata-se de uma equipa jovem e dinâmica, habituada à implementação de projectos. A sua dotação é de quatro a cinco elementos no turno da manhã, quatro no turno da tarde e dois a três no turno da noite.

Apesar de não terem um referencial teórico expresso, a filosofia de cuidados insere-se no quadro referencial de Collière. Os cuidados de manutenção e reparação são evidentes. O método de trabalho utilizado é o individual com adaptações ao método de enfermeiro responsável. Cada enfermeiro presta cuidados personalizados aos clientes atribuídos preconizando-se que cada enfermeiro ao ser escalado fique com o cliente pelo qual é responsável (Anexo III).

A equipa de A.O. é constituída por quinze elementos, dos quais um está em regime de horário fixo, quatorze estão em regime de horário rotativo, sendo a sua dotação de cinco no turno da manhã, três na tarde e uma na noite.

A restante equipa engloba quatro médicos assistentes, uma secretária de unidade. Colaboraram ainda com o serviço dietista, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social e capelão.

Para a realização do diagnóstico de situação no Serviço de M3B do CHLN-HPV, foram utilizadas as seguintes estratégias:

- Os momentos de partilha/reflexão com a equipa e co-orientadora;
- A análise dos registos de enfermagem, relativos à avaliação do risco, identificação do risco de queda em plano de cuidados (planeamento, execução e avaliação das intervenções) e do evento de queda (caso tenha ocorrido), de seis processos clínicos de clientes idosos internados no mês de Setembro de 2010,

através de uma grelha elaborada (Anexo IV). Para esta amostragem aleatória simples foi realizada uma tabela com o número de internamento de todos os clientes idosos internados, no mês de Setembro de 2010 e escolhidos aleatoriamente seis (FORTIN, 2009).

- A análise dos relatos do evento de queda ocorridos no período compreendido entre 15/4/2010 e 30/10/2010, através de uma grelha criada (Anexo V) que, permitiu conhecer o padrão de incidência da queda no cliente idoso (Anexo VI);
- A avaliação das condições físicas e ambientais, utilizando uma “check-list” de verificação da segurança e equipamento (Anexo VII), após a devida autorização da Exma. Sra. Enfermeira Susana Ramos do GGR do CHLC-HSM, de forma a identificar os factores de risco extrínsecos da queda em contexto hospitalar (Anexo VIII).

A observação (direccionada para as estratégias desenvolvidas na prevenção do evento da queda), a reflexão sobre o contexto e as constatações resultantes da análise do mesmo contribuíram para o diagnóstico da situação, do qual se concluiu que, **a avaliação do risco de queda não era efectuada de forma sistemática e contínua, a existência de não conformidades entre os valores da Escala de Morse e os registos de enfermagem e a ausência de registos das intervenções delineadas e a sua avaliação.**

O instrumento de avaliação do risco de queda (Escala de Morse) utilizado não apresenta o score de Médio Risco. Este facto vai falsear os resultados obtidos e influenciar as intervenções delineadas pelo enfermeiro (Anexo IX).

Relativamente ao impresso de relato do evento de queda julgou-se pertinente a inclusão de itens, tais como o motivo da queda, se foi presenciada por um profissional e as intervenções de enfermagem após a queda, que permitam caracterizar o evento, conhecer as intervenções de enfermagem desenvolvidas para prevenir futuras quedas e sistematizar os resultados obtidos. Este registo só se realiza no departamento de medicina do CHLN-HPV. É essencial que este seja transversal a toda a instituição e encaminhado para o GGR, para que os dados possam ser analisados, divulgados e norteadores de estratégias de prevenção da queda.

A equipa de enfermagem demonstrou estar desperta para a problemática da queda e as consequências que esta acarreta na autonomia, qualidade de vida e saúde do

cliente idoso. Os mesmos profissionais evidenciaram necessidades formativas no âmbito da avaliação do risco, identificação dos factores de risco e delineamento de intervenções de acordo com o risco identificado. As A.O. demonstram conhecer as medidas de prevenção da queda, contudo manifestaram a necessidade de aprofundar conhecimentos conjugando-os com a sua prática.

3.3. Planeamento da acção

Com base na análise detalhada da realidade, que justificou a necessidade de intervenção nesta área, tivemos a necessidade de conhecer outras realidades com o intuito de angariar contributos para a concepção do projecto a implementar no Serviço de M3B do CHLN-HPV. Procurou-se conhecer e reflectir acerca da implementação de um projecto semelhante, a nível macro e micro (instituição/serviços), as ameaças e estratégias desenvolvidas para as ultrapassar e oportunidades nas suas diversas fases no CHLC-HSM. Para tal analisámos diversos documentos: dados epidemiológicos e relatórios do gabinete sobre a incidência de queda, entre outros. Estas estratégias permitiram-nos estar despostos para determinadas situações em que houve um número elevado de ocorrência de queda nos clientes, sendo então possível delinear estratégias mais eficazes na sua prevenção (Anexo X).

De igual forma, consultámos os diversos instrumentos utilizados na verificação da segurança do equipamento, na avaliação do risco e no relato do incidente de queda. A consulta destes documentos permitiu conhecer a sua aplicabilidade e dificuldades de preenchimento. Mediante a análise e reflexão dos mesmos e com base na literatura consultada, foram sugeridas algumas recomendações ao gabinete, nomeadamente:

- Na Escala de Morse, a alteração do termo “próteses” na variável: **Ajuda na mobilização**, pois a autora reporta-se ao apoio em mobília (corrimãos, móveis, cadeiras, camas, entre outros) para deambular (MORSE, 2009).
- No relato do evento de queda, a inclusão do item relativo à dotação do pessoal no momento da ocorrência da queda (FERRIS, 2007).

Com base nestas observações, mais tarde foi elaborado um instrumento para registo do evento de queda, proposto ao GGR do CHLN-HPV.

No decurso destas actividades, julgámos pertinente elaborar um glossário sobre as consequências (lesões físicas) resultantes do evento da queda em linguagem CIPE®. Este teve como propósito clarificar e uniformizar os termos utilizados pelos pares. A escolha desta linguagem prendeu-se com o facto de este ser um dos projectos actualmente em marcha na instituição (Anexo XI). A existência de uma linguagem comum numa determinada área do conhecimento é uma das condições primordiais para que esse mesmo conhecimento seja considerado como uma ciência com vista a uniformizar os termos e acções centrados no cliente. Para Kérrouac (1996, p. 2) “uma disciplina é uma área de investigação e de prática marcada por uma perspectiva única ou por uma maneira distinta de examinar os fenómenos.” Assim, a padronização da linguagem utilizada pelos enfermeiros é um requisito essencial para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e profissão.

A CIPE® versão 1.0, mais do que um vocabulário, é uma terminologia partilhada e dinâmica que permite ao enfermeiro fazer uma descrição e análise objectiva da sua prática e compará-la com diferentes contextos clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempo; apoiar a tomada de decisão; avaliar os cuidados de enfermagem; desenvolver políticas de saúde e gerar conhecimento através da investigação (ICN, 2005). É na CIPE® que o enfermeiro perito na área de intervenção da pessoa idosa tem as suas intervenções autónomas descrevendo o seu contributo específico perante determinado diagnóstico e obtém ganhos em saúde sensíveis à prática de enfermagem. A intervenção do enfermeiro perito visa a promoção de um envelhecimento saudável, a prevenção e tratamento da doença, a prevenção da incapacidade e dependência e a reinserção do cliente idoso no seu contexto de vida. A sua diferenciação profissional implica ferramentas como a escuta, a instrução, a prevenção e o ensino direccionado e consequente avaliação.

Da análise detalhada da realidade do Serviço de M3B emergiu, o planeamento de estratégias que se centraram no processo formativo, fundamentado em uma metodologia participativa, que permitisse a reflexão das práticas e a qualidade dos cuidados e na articulação com o GGR do CHLC-HPV e o grupo dinamizador do indicador: queda. Para tal, foram considerados os recursos organizacionais e o tempo referente ao desenvolvimento do projecto e elaborados indicadores de avaliação do mesmo.

A enfermagem na procura da excelência dos cuidados tem que desenvolver indicadores específicos do estado de saúde dos clientes, que traduzam o seu contributo específico nos ganhos em saúde. Tal como salienta a (OE, 2004, p. 4), “*a avaliação quantitativa e qualitativa, dos cuidados de enfermagem requer um conjunto de indicadores e unidades de medida que se verifiquem sensíveis aos mesmos e, por isso, diferentes, na maior parte dos casos dos habitualmente utilizados por outras disciplinas*”. Pelo que, a construção de indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem deve ter na sua génese os padrões de qualidade e as boas práticas profissionais. Assim, na tomada de decisão, operacionalização e monitorização longitudinal deste projecto, foram desenvolvidos indicadores (para a estrutura, para o processo e resultado), tendo em consideração as recomendações da OE (Anexo XII). Donabedian e Fleming citados por Bittar (2001) definem a estrutura como a parte física de uma instituição, os seus funcionários, o equipamento, entre outros. Em suma, descreve as características do contexto onde se realiza o projecto de cuidados de enfermagem e que influenciam a sua qualidade. O processo são as intervenções de enfermagem realizadas a um cliente, frequentemente ligados a um resultado e à estrutura. Os resultados são as demonstrações dos efeitos que ocorrem nos clientes após uma intervenção, o que implica a existência de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. De acordo com a OE (2004, p. 6) ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem são “*as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem após as intervenções*.”

3.4. Implementação da acção

O desenvolvimento desta etapa foi mediado pela reflexão sobre as práticas de cuidados ao cliente idoso, a partir da discussão reflexiva sobre as concepções dos enfermeiros sobre esses mesmos cuidados. Implicando também a reflexão sobre a acção, possibilitou a apropriação da acção e subseqüentemente convertê-la em conhecimento e no desenvolvimento de competências.

- **Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da prestação de cuidados à pessoa idosa com risco de queda em contexto hospitalar, identificando o potencial do exercício profissional para responder às suas necessidades**

Do enfermeiro especialista é esperado o julgamento, a tomada de decisão e capacitação para a intervenção em situações de elevada complexidade, num processo contínuo de reflexão da e sobre a prática, a par de um conhecimento profundo da situação com o intuito de dar resposta às necessidades da cliente/família/comunidade. A implementação deste projecto permitiu uma intervenção holística ao cliente idoso, que não pode ser dissociado do seu projecto e contexto de vida, actuando especificamente nas suas necessidades. Esta intervenção foi pautada pelo respeito pelos princípios ético-deontológicos.

No decurso da prática clínica, a apropriação dos instrumentos próprios da profissão e os resultados da evidência científica nortearam o processo de tomada de decisão. A filosofia do cuidar de Collière contextualizou-se na prática clínica. Cada situação de cuidados foi centrada na pessoa idosa que a vivência e no seu projecto e contexto de vida. Assim, na avaliação global realizada ao cliente idoso, foram identificados fenómenos de enfermagem específicos de cada um; planeadas e implementadas intervenções de manutenção de vida (“care”) e de reparação (“cure”) sobre as necessidades identificadas fomentando a parceria do cliente, família e/ou pessoa significativa, tendo conta recursos existentes; e avaliados os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.

Com a aquisição de competências nesta área foram adquiridos conhecimentos relativos ao cliente idoso e às respostas humanas ao envelhecimento em todas as dimensões definidas pelo quadro referencial que norteou prática, indo de encontro com a OE (2007, p. 16) quando refere que o enfermeiro especialista é “o profissional de enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente.”

Na gestão dos cuidados à pessoa idosa e família, esteve sempre presente a continuidade dos mesmos. O registo dos cuidados assegurou a continuidade das

necessidades do cliente idoso por toda a equipa, assim como uma avaliação “à posteriori” dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Por outro lado o registo escrito e a transmissão oral da informação fomentou o trabalho em equipa.

A par das competências acima descritas foram ainda desenvolvidas capacidades de liderança pela aplicação de estratégias de motivação da equipa de enfermagem, através da consciencialização da problemática do risco de queda da pessoa idosa e da importância dos registos pertinentes, do envolvimento no projecto a implementar e do reforço positivo. Foi através da dinamização da equipa e da promoção de “um ambiente positivo e favorável à prática” (OE, 2009, p. 19) que resultou um desempenho diferenciado.

- **Contribuir para desenvolver em parceria com a equipa de enfermagem, competências que promovam uma cultura de segurança focalizada na pessoa idosa com risco de queda**

A equipa de enfermagem e de A.O. demonstraram entusiasmo e motivação para a operacionalização deste projecto, após apresentação da sua finalidade e objectivos. Esta estratégia foi fundamental para a mudança das práticas.

O desenvolvimento de competências na equipa assentou numa metodologia participativa, que permitiu a reflexão das suas práticas. Assim, foram desenvolvidas várias estratégias como, a análise e reflexão das práticas de enfermagem (em equipa e individualmente) e a análise e reflexão de artigos pertinentes sobre a problemática da queda na pessoa idosa. De igual modo, o processo formativo incidu sobre o preenchimento da Escala de Morse, o relato do evento da queda e na importância dos registos de enfermagem. Destes momentos, nasceu o compromisso de se realizar a avaliação do risco de queda, identificação do fenómeno de enfermagem em planos de cuidados individualizados e sinalização dos clientes idosos de alto risco. Estas estratégias abrangeram todos os elementos.

Foi ainda elaborado, em parceria com a equipa de enfermagem, um fluxograma de actuação para a avaliação do risco de queda (Anexo XIII) e delineadas estratégias preventivas e específicas, que foram afixadas no serviço em forma de póster (Anexo

XIV) e no manual local sobre a temática. Este manual foi criado para consulta da equipa, contendo literatura pertinente, o fluxograma, impressos de registo do evento e o livro “Preventing Patients Falls” de Janice Morse.

Os A.O. têm um papel importante no desenvolvimento de medidas preventivas do evento da queda, pois muitas vezes são responsabilizadas pelo equipamento e adequação do espaço físico, para além auxiliarem na prestação de cuidados ao cliente idoso sob supervisão. Assim realizou-se uma análise das suas práticas, tendo-se identificado focos a melhorar ou alterar e posteriormente feita formação pontual sempre que necessário.

Desta interacção com os elementos da equipa, surgiu a gestão de cuidados à pessoa idosa, em que muitas vezes desempenhei um papel de consultor com a finalidade de otimizar as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

Sem dúvida que através do trabalho realizado em parceria com a equipa de enfermagem e supervisores enriqueci o meu processo de aquisição de competências nesta área específica enquanto profissional e enquanto pessoa pois a considero que a minha intervenção foi um momento único de partilha e aceitação.

- **Identificar e implementar estratégias para prevenir e monitorizar o evento da queda na pessoa idosa em contexto hospitalar**

A identificação das estratégias para prevenir o evento da queda assenta na avaliação do risco e da especificidade da pessoa idosa alvo de cuidados. Sabemos que a queda tem uma etiologia multifactorial, pelo que, é fulcral o planeamento de estratégias multidisciplinares que visem reduzir ou eliminar os factores intrínsecos e extrínsecos de risco passíveis de actuação (NICE, 2004; OLIVER *et al.*, 2004; TODD e SKELTON, 2004; EUNESE, 2006; SARAIVA *et al.*, 2008; CALDEVILLA e COSTA, 2009; MORSE, 2009).

A avaliação do risco de queda – Escala de Morse (Anexo XV), a todos os clientes idosos é condição essencial na promoção de uma cultura de segurança e na prevenção da queda. Esta deve ser realizada na sua admissão (primeiras 24 horas), sempre que ocorram alterações do estado de saúde ou após o evento da queda. A sua reavaliação

deve ser realizada de 7/7 dias. De igual modo, foi elaborada uma base de dados em Microsoft® Excel, para o serviço, que permite monitorizar a avaliação do risco de queda e posterior tratamento estatístico dos dados (Anexo XVI). Simultaneamente foi realizada uma avaliação da segurança ambiental, de forma a identificar possíveis factores de risco extrínsecos.

A implementação de estratégias na prática quotidiana dos enfermeiros, passa pela, consciencialização da problemática da queda no cliente idoso e pela utilização de protocolos de actuação para a avaliação do risco (HENDRICH, 2006; SARAIVA *et al.*, 2008; CALDEVILLA e COSTA, 2009; ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010). Da reflexão dos enfermeiros nos diversos momentos formativos e da evidência científica, foi criado um conjunto de estratégias de prevenção do evento da queda na pessoa idosa, que se passam a descrever:

Tabela 1 – Intervenções preventivas resultantes da reflexão com os pares e a evidência científica

Intervenções preventivas	
Socialização ao serviço	
Se a pessoa idosa está confusa, promover a sua orientação sistemática enquanto processo contínuo	
Instruir a pessoa idosa sobre o funcionamento da campainha e a pedir ajuda para se levantar da cama ou cadeirão sempre que necessário	
Supervisionar marcha e cuidados de higiene	
Ensino à pessoa idosa, família e/ou cuidador informal sobre as medidas de prevenção da queda	
Incentivar a actividade física e a participação nas actividades de vida	
Adequar equipamento e espaço físico	Cama: regular a altura da cama para um nível baixo, manter rodas travadas e grades elevadas Mesas-de-cabeceira: bens pessoais acessíveis Cadeirões: rodas travadas, com mesa de refeições travada Pavimentos: secos, sem irregularidades e obstáculos Espaço físico: retirar equipamento desnecessário, zonas de circulação livres, desimpedidas e com apoios laterais

Tabela 2 – Intervenções específicas resultantes da reflexão com os pares e a evidência científica

Intervenções específicas	
História de queda	Avaliar se a pessoa idosa tem medo de cair Averiguar como ocorreu a queda (onde? quando? em que circunstâncias? impacto no projecto de vida?)
Diagnóstico secundário	Averiguar a existência de patologia susceptível de aumentar o risco de queda (doenças cardiovasculares, doença de Parkinson; doença de Alzheimer, Incontinência, entre outras) Identificar medicação em ambulatório que potencia o risco de queda (diuréticos, psicotrópicos, entre outros)
Ajuda na mobilização	Avaliar a necessidade de apoios na mobilização
Terapêutica Endovenosa	Avaliar o local de inserção do cateter e sua interferência com a mobilização e marcha Articular com médico ajuste terapêutico
Marcha	Promover treino de marcha Avaliar a necessidade de articular com enfermeiro de reabilitação e/ou fisioterapeuta
Estado mental	Avaliar a necessidade de contenção física, se estritamente necessário Articular com médico sobre necessidade de restrição física Transferir a pessoa idosa, se possível, para um quarto ou cama mais próximo da sala de enfermagem

A par destas intervenções salienta-se ainda a comunicação à equipa multidisciplinar e a sinalização do cliente idoso com Alto Risco de queda.

A pessoa idosa e família deverão ser parte activa na adopção de medidas preventivas. O ensino e a instrução sobre factores de risco e promoção de um ambiente seguro é uma estratégia a fomentar. Esta pode ser operacionalizada pela disponibilização de informação adequada e pertinente e momentos formativos. Neste sentido foi elaborado um folheto intitulado “Prevenção de quedas: alguns conselhos”, em parceria com o GGR do CHLN-HPV, para posterior entrega aos clientes e familiares (Anexo XVII).

No caso de ocorrer este evento, deve ser comunicado e registado. A avaliação da pessoa idosa que caiu tem que assentar em diversos domínios. Assim, o enfermeiro para além das intervenções habituais (avaliação do estado de consciência, dos sinais

vitais, dos tegumentos, entre outros) deve englobar: a obtenção da história da queda de forma detalhada, o exame físico e a avaliação funcional. Por fim deverá realizar-se uma avaliação ambiental, na procura de factores extrínsecos e de como a pessoa idosa interage com o meio (NICE, 2004). O relato do evento deve fornecer informação detalhada e precisa para compreender o fenómeno da queda na pessoa idosa hospitalizada (CALDEVILLA e COSTA, 2009; COUSSEMENT *et al.*, 2009). Em articulação com o GGR do CHLN-HPV e o grupo dinamizador do Indicador: queda, foi desenvolvido um documento de relato para posterior implementação no departamento e instituição (Anexo XVIII). Este é essencial para que futuramente os dados possam ser analisados, divulgados e estabelecidas estratégias de prevenção eficazes.

3.5. Avaliação da acção

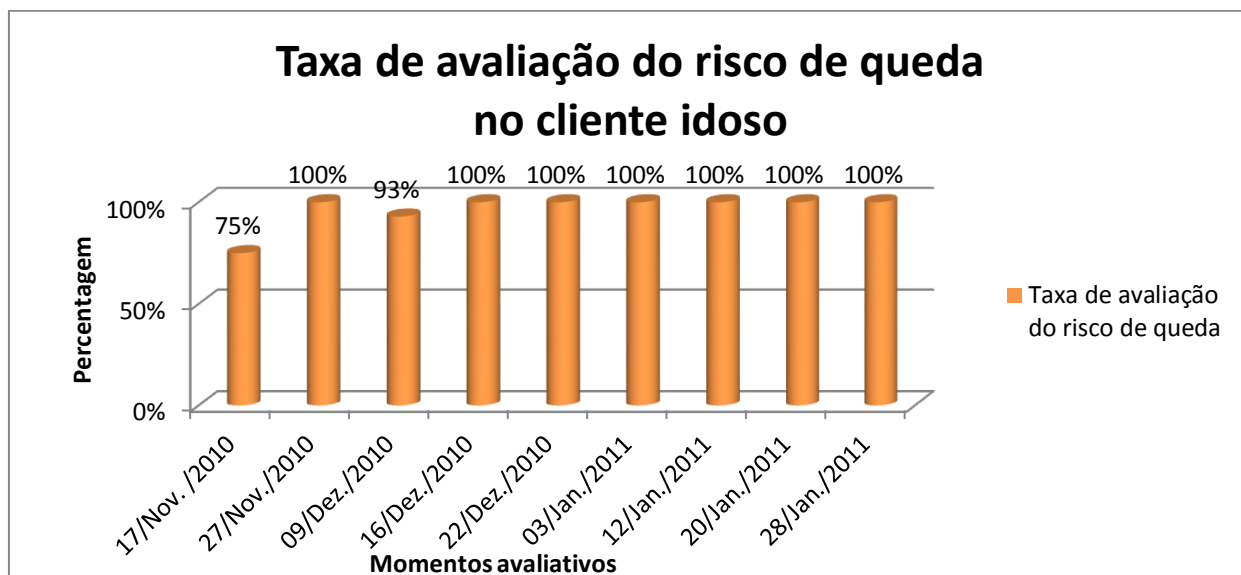
A implementação deste projecto traduziu-se num processo contínuo de reflexão sobre as práticas, incidindo no processo formativo das A.O. e dos pares. A partir da análise dos registos de enfermagem, observaram-se alguns resultados que demonstraram o impacto do projecto e objectivamente mudanças nas práticas dos enfermeiros. Esta análise foi realizada em diversos momentos, que tiveram o intuito de avaliar as estratégias desenvolvidas durante a sua implementação. Contudo, muitos dos resultados, embora visíveis, não podem ser mensuráveis mas traduzidos na postura e atitude dos profissionais envolvidos perante a problemática do cliente idoso com risco de queda.

Os dados que se seguem reportam-se às avaliações realizadas aos processos de todos os clientes idosos internados no Serviço de M3B, no período de 27 de Novembro de 2010 e 28 de Janeiro de 2011, agrupados de acordo com os indicadores elaborados na fase de planeamento (Anexo XII).

Os dados do Gráfico 1 demonstram que a avaliação do risco de queda passou a ser realizada de forma sistemática a todos os clientes idosos admitidos. Se na fase inicial do projecto esta rondava os 75%, a partir de 16 de Dezembro de 2010 a avaliação do risco de queda, foi realizado a todos os clientes idosos. Embora não tenhamos

trabalhado os dados estatísticos, no que se refere à reavaliação do risco, este passou igualmente a ser realizado de forma contínua.

Gráfico 1 – Taxa de avaliação do risco de queda no cliente idoso, no período compreendido de 17 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011



No que concerne à estratificação do risco de queda (Gráfico 2 e 3), verifica-se que a população idosa internada no serviço apresentou maioritariamente um médio risco de queda. Os clientes idosos de alto risco constituem um número significativo de casos. De salientar que, não se registaram “scores” de baixo risco.

Gráfico 2 – Número de clientes idosos com Baixo Risco, Médio Risco e Alto risco de queda, no período compreendido de 17 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011

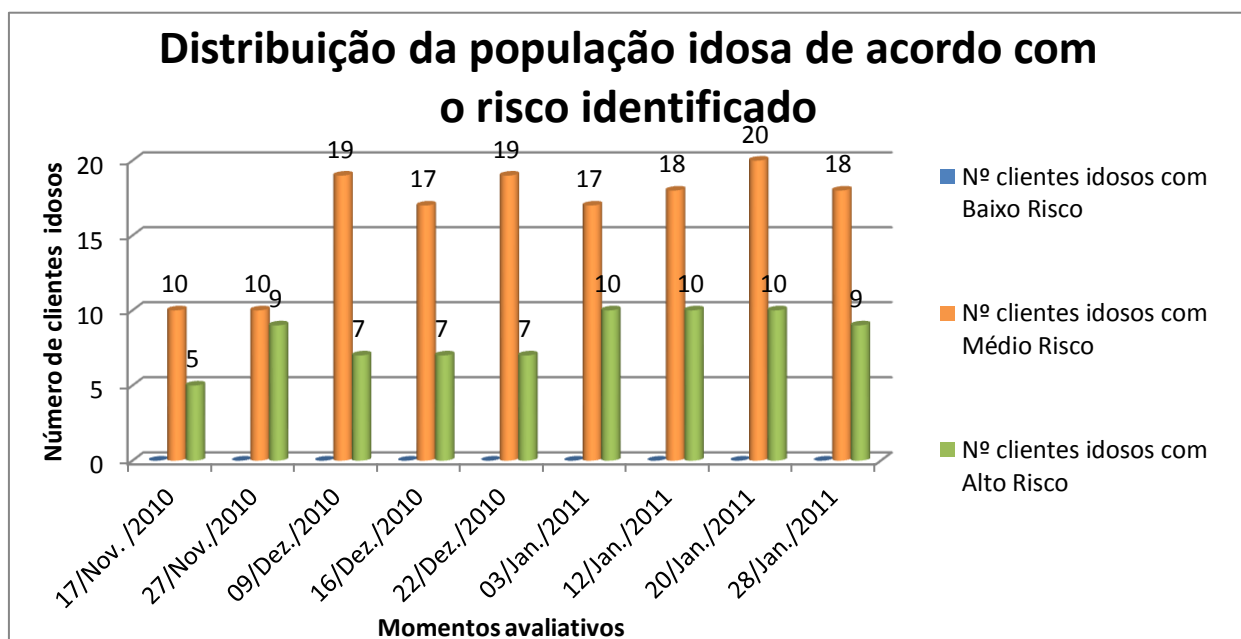
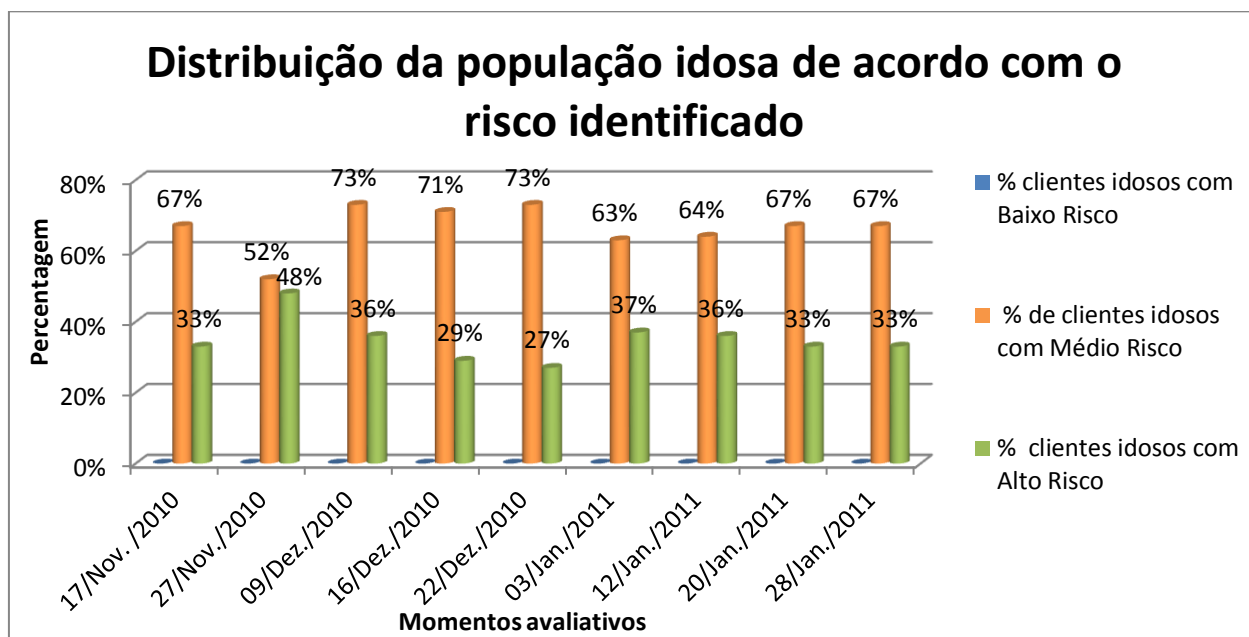
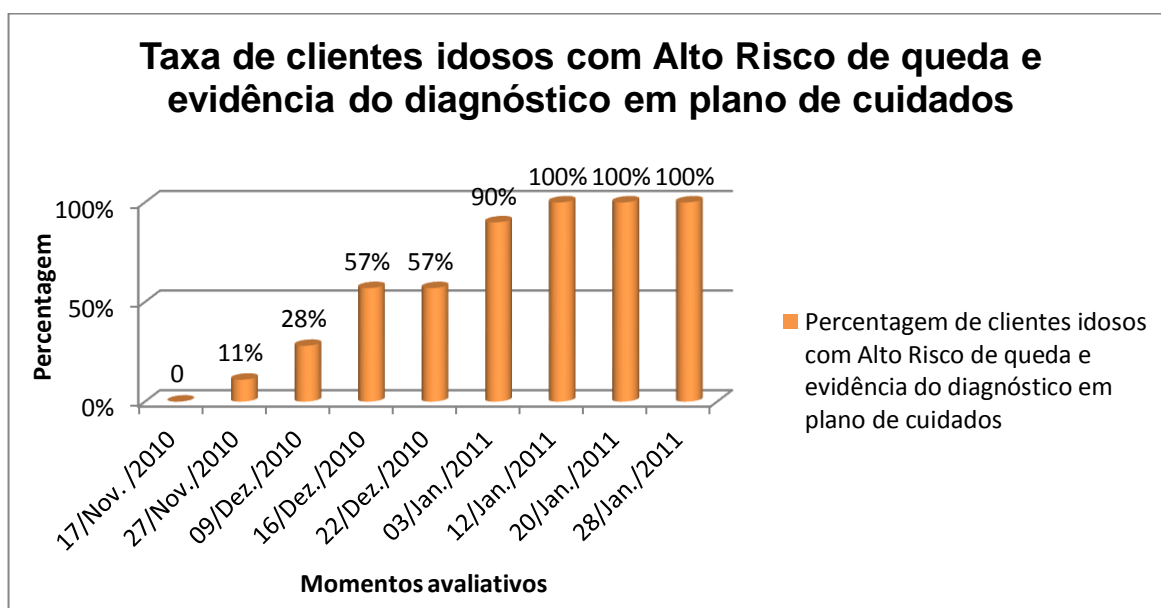


Gráfico 3 – Taxa de clientes idosos com Baixo Risco, Médio Risco e Alto risco de queda, no período compreendido de 17 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011



Ao longo da evolução do projecto verificou-se um aumento progressivo na evidência do diagnóstico de Alto Risco de queda em plano de cuidados. Na fase final de implementação esta realidade era de 100%. Tal como pudemos inferir no gráfico seguinte.

Gráfico 4 – Taxa de clientes idosos com Alto Risco de queda e levantamento do diagnóstico de risco de queda, no período compreendido de 17 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011



No período de implementação do projecto, ocorreram dois eventos de queda. A este nível observa-se uma melhoria na descrição do evento, e das intervenções desenvolvidas após a sua ocorrência. De referir, que não se apresentam dados sobre o indicador de resultado (*“Taxa de clientes idosos com levantamento de diagnóstico de enfermagem sem queda”*) elaborado na fase de planeamento, devido ao facto de só terem ocorrido dois eventos, na fase inicial da implementação do projecto.

Em suma, a avaliação do risco de queda passou a ser realizada de uma forma sistemática e continua. A comunicação multidisciplinar, a sinalização dos clientes de Alto Risco e a existência de um plano de cuidados individualizado nos clientes idosos com Alto Risco de queda passou a ser prática quotidiana, reflectindo-se na evidência das intervenções desenvolvidas sensíveis aos cuidados de enfermagem.

3.6. Reflexão sobre o percurso da mudança

Esta fase reflexiva permite analisar objectivamente a aquisição das competências de enfermeiro especialista, os efeitos do projecto na mudança das práticas e as limitações do projecto.

O desenvolvimento de competências alicerça-se na relação interpessoal e no processo de cuidados. De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), a intervenção do enfermeiro centra-se no respeito pela pessoa idosa em toda a sua unicidade, revestindo-se de uma complexidade com características próprias e específicas. Torna-se então, fundamental identificar os cuidados de enfermagem, o que os caracteriza e os alicerces da sua identidade. Collière (1999, p. 234) descreve que identificar os cuidados de enfermagem é “tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração, os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundam. É também identificar o campo de competências da enfermagem, bem como identificar a natureza do seu poder, os seus limites, as suas dimensões social e económica.”

Com base na evidência científica, retiraram-se orientações para a prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa, extrapolando a sua pertinência para a prática de enfermagem. Por um lado, esta deu corpo ao enquadramento

conceptual, por outro, permitiu fundamentar os cuidados prestados apoiando a abordagem do evento da queda numa vertente específica. Esta pesquisa contribuiu de igual modo para a análise e reflexão da prática clínica. A articulação entre o conhecimento, a acção e a reflexão, é requisito essencial para uma prática reflexiva, dando origem à produção de conhecimento e desta forma promover o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais (ABREU, 2007).

A escolha da filosofia do cuidar de Collière justifica-se na prática de cuidados. Identifica o campo de competências da enfermagem e permite a responsabilidade profissional, através da humanização dos cuidados. Este referencial teórico acompanhou as fases de operacionalização do projecto, pois o cuidar é hoje e continuará a ser a essência da enfermagem. A interacção entre o enfermeiro e a pessoa idosa é sem dúvida essencial para a sua recuperação e manutenção da saúde. O desenvolvimento de competências técnicas, ético-deontológicas, relacionais e humanas, permitiram realizar uma avaliação global à pessoa idosa como um todo. Assim, a situação de cuidados foi norteada pelo projecto e contexto de vida da pessoa idosa, dando ênfase tanto aos cuidados de manutenção de vida como aos de reparação.

O planeamento e execução dos cuidados albergaram dois tipos de intervenções, as autónomas e as interdependentes. As intervenções autónomas são de exclusiva iniciativa e responsabilidade dos enfermeiros, as intervenções interdependentes são realizadas pelos “enfermeiros em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (REPE, DL nº 161/96, de 4 de Setembro, artigo 9º).

Na avaliação global à pessoa idosa e identificação dos fenómenos de enfermagem, pôde-se realizar a avaliação do risco de queda. Contudo esta avaliação não se pode cingir à utilização de instrumentos que identifiquem factores de risco. É fundamental o delineamento de estratégias multidisciplinares que visem a redução ou eliminação dos factores intrínsecos e extrínsecos específicos de cada situação de cuidados (NICE, 2004; TODD e SKELTON, 2004; FERRIS, 2007). Assim, o planeamento das intervenções sobre os factores de risco identificados privilegiou a articulação com os restantes elementos da equipa, de forma a promover um plano eficaz na prevenção da queda. As intervenções focaram-se, de igual modo, na participação da pessoa idosa,

família e pessoas significativas na prevenção do evento da queda, promovendo a sua autonomia, independência e o direito a autodeterminar-se.

De acordo com o Código Deontológico (OE, 2003, p. 67), o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. Tornou-se então, proeminente a adopção de um instrumento de avaliação do risco de queda válido, o registo das intervenções de enfermagem, os resultados sensíveis a essas mesmas intervenções e o registo do evento de queda. Pelo que, desenvolvi esforços para melhorar os registos referentes ao evento da queda destacando-me pela documentação diferenciada nos processos clínicos (avaliação do risco, plano de cuidados, registo da ocorrência do evento e carta de alta/transferência) e na consciencialização dos pares para a importância dos registos. Tal como referem Dias *et al.* (2001), os registos são uma forma de comunicação entre a equipa multidisciplinar, permitem a individualização dos cuidados e facilitam o planeamento e a continuidade dos mesmos. Outro aspecto importante é a carta de alta/transferência para dar continuidade dos cuidados após a transferência ou a alta da pessoa idosa, pois sistematizam toda a informação que se considera pertinente, dando ao destinatário uma visão holística da pessoa e das necessidades de intervenção específicas identificadas.

O desenvolvimento de estratégias institucionais, através da articulação com o GGR e o grupo dinamizador do indicador: queda; a criação de um ambiente terapêutico e seguro; a optimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação com a equipa multidisciplinar; a gestão dos recursos a cada situação de cuidados permitiram desenvolver competências de liderança, de supervisão e na gestão da qualidade e dos cuidados nesta área de intervenção. A prática clínica desenvolvida no GGR do CHLC-HSM foi essencial para a aquisição de saberes e competências técnicas na avaliação das condições físicas e ambientais e para a elaboração de um documento de registo do evento de queda.

A consciencialização dos pares e A.O. nos diversos momentos formativos foram eficazes, permitindo promover uma cultura de segurança focalizada na pessoa idosa. Da reflexão conjunta sobre as práticas e sobre a evidência científica, em que assumi o papel de moderador, emergiu um conjunto de intervenções a adoptar ao cliente idoso com risco de queda. Aliada a estes factos, salienta-se o levantamento do fenómeno de enfermagem em plano de cuidados (avaliação do risco, delineamento de intervenções,

execução e posterior avaliação da acção) e a criação do fluxograma do processo de avaliação do risco de queda em parceria com os pares. A identificação do problema e sua conceptualização em plano de cuidados promoveu a visibilidade do cuidar da pessoa idosa com risco de queda, fomentando a mudança das práticas dos enfermeiros. Foi factor de motivação para a equipa na adesão ao projecto, a sua participação activa nas diferentes fases do mesmo, tendo especial expressão na elaboração de estratégias de prevenção do evento da queda.

Na interacção com a equipa de enfermagem, ao assumir o papel de gestor e líder deste projecto, tentei influenciar as suas práticas para estabelecer e alcançar objectivos de acordo com o pré- estabelecido, distribuindo papéis de forma democrática e educativa, fundamentada no conhecimento das necessidades das pessoas idosas com risco queda e habilidades da equipa. Este facto implicou um planeamento das intervenções de acordo com o potencial, não só de cada cliente, mas também de cada membro da equipa.

A nível das limitações, é um facto que estas mudanças da prática se verificaram num curto espaço temporal, o que carece de uma avaliação “à posteriori”. Outro aspecto relevante prendeu-se com o facto de, a implementação deste projecto ter sido realizada, num contexto diferente da minha prática quotidiana, levando a despendar tempo para realizar a integração no serviço e consequentemente encurtar o período de operacionalização do projecto.

O envolvimento da equipa médica não foi fácil, esta circunstância talvez se tenha devido ao facto ser um elemento externo ao serviço. De destacar ainda que a equipa de enfermagem manifestou alguma exaustão e desmotivação relacionada com a falta de profissionais e sobrelotação do serviço. Este foi um aspecto que limitou todo o processo de implementação do projecto, pelo que senti necessidade de desenvolver estratégias de forma a motivar a equipa. Estas passaram pela disponibilidade demonstrada, pela promoção de momentos de reflexão sobre as práticas, partilha de experiencias e pelo reforço positivo. Quero salientar o esforço e empenho desenvolvido pelos colegas para que este projecto pudesse colher frutos, não só pessoais como profissionais, como também, na busca da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

4. IMPLICAÇÕES ÉTICO-DEONTOLÓGICAS NO PERCURSO DA MUDANÇA

O ICN, na sua tomada de posição sobre a relação dos enfermeiros e os direitos humanos salienta que, os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos e dignidade da pessoa, independente do contexto (ICN, 2006). No que se refere à investigação, salienta que a prática baseada na investigação é fulcral no desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, assumindo extrema importância na busca da excelência do cuidar (ICN, 2007).

Neste projecto, o alvo da nossa actuação directa ou indirectamente é a pessoa idosa com vista a obter ganhos em saúde, pelo que, todas as tomadas de decisão se fundamentam nos princípios já referidos.

Para Herr (2005) as questões éticas emergem em todas as fases do projecto, desde a sua concepção à publicação dos resultados, quando a metodologia assente numa lógica de resolução de problemas é a escolhida. Assim sendo, foram considerados vários princípios que se passam a descrever e analisar.

Respeito pelo consentimento livre e informado

Toda a pessoa com conhecimento de causa, tem o direito e a capacidade de decidir livre e espontaneamente de participar ou não na investigação (FORTIN, 2009). Após esclarecimento da finalidade, objectivos, riscos e vantagens do projecto, todos os clientes idosos decidiram livremente sobre a sua participação.

Respeito pelos grupos vulneráveis

Este princípio refere-se à ausência de qualquer mau tratamento ou acto discriminatório e à atitude de beneficência do investigador. De entre as pessoas consideradas vulneráveis, mencionamos as pessoas idosas hospitalizadas (FORTIN, 2009).

A todos os clientes foi assegurado, independentemente de participar ou não no projecto, a inexistência de benefícios ou represálias de qualquer ordem. De referir que nenhum meio foi utilizado para influenciar a sua decisão.

O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais

O direito da pessoa à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, assim como, o direito de decidir qual a informação pessoal que se tornará pública envolve este princípio (FORTIN, 2009). Assim, a informação recolhida quer junto dos clientes, quer no processo clínico teve em conta o respeito pela vida privada e confidencialidade dos dados.

Respeito pela justiça e equidade

Este princípio pressupõe que a escolha dos participantes prende-se com o problema de investigação e não por questões de conveniência do investigador. Todos os participantes têm o direito de um tratamento justo e equitativo no processo de investigação (FORTIN, 2009). A prática de cuidados englobou todos os clientes e não apenas o cliente idoso. Esta caracterizou-se pela transversalidade e equidade, ancorada ao contexto e projecto de vida de cada cliente, acrescida apenas das intervenções desenvolvidas na prevenção da queda.

O equilíbrio entre vantagens e inconvenientes

O investigador deve ponderar os riscos versus benefícios que poderão advir do estudo e discuti-los com os potenciais participantes (FORTIN, 2009). Posto isto, esclareceram-se os participantes que, o estudo visa a excelência dos cuidados de enfermagem e a obtenção de ganhos na qualidade de vida e saúde da população em estudo, não se conhecendo riscos.

A redução dos inconvenientes

O princípio da não maleficência exige que se suprima ao máximo os inconvenientes (de ordem física, psicológica, legal ou económica) que possam advir da realização do estudo (FORTIN, 2009). Tal como anteriormente foi descrito, não se conhecem riscos.

A optimização das vantagens

O princípio da beneficência assenta no querer o bem. O investigador tem a obrigação de agir em benefício do outro. Assim, as vantagens previstas do estudo devem compensar largamente os riscos (FORTIN, 2009). Apesar de o projecto ser direccionado para o cliente idoso, as intervenções desenvolvidas na prevenção da queda, foram promovidas a todos os clientes internados, independentemente da idade. Assim, a qualidade da prática de cuidados de enfermagem reflecte-se no ganho em saúde de todos os clientes.

Para assegurar os direitos supracitados, foi formulado pedido à direcção de enfermagem do CHLN e realizada uma entrevista formal com a Enfermeira Chefe do Serviço M3B, com o objectivo de obter permissão para operacionalizar o projecto, ao qual foi dado um parecer favorável. À equipe multidisciplinar foi esclarecido os objectivos de estágio e o desenho do projecto. De igual modo, foi solicitado á Exma. Senhora Doutora Janice Morse, autorização para a tradução e aplicação da Escala de Morse (Anexo XIX).

Finalmente pretende-se que este estudo não seja fim em si mesmo. O compromisso de levar a cabo um projecto, envolve responsabilidades pessoais e profissionais para que, do ponto de vista ético e moral seja sólido. Assim, a reflexão sobre os princípios éticos e direitos do homem foi a pedra angular deste projecto, reflectindo-se no processo de tomada de decisão em cada uma das suas fases.

5. CONCLUSÃO

As discussões em torno da problemática do envelhecimento da população têm vindo a ganhar um especial enfoque nas últimas décadas, ao nível dos governos, das sociedades e dos profissionais de saúde. Ao aumento progressivo das pessoas idosas associasse a maior probabilidade de situações de vulnerabilidade, de dependência física, psíquica e social, o que vem reclamando novas necessidades nas diversas áreas do conhecimento e especialmente na Enfermagem. Face a este fenómeno carece uma nova abordagem dos cuidados promotores de um envelhecimento activo e nos cuidados preventivos, assim como, nas situações de dependência e institucionalização.

As pessoas idosas são um grupo reconhecido como tendo necessidades especiais de cuidados, pelo que naturalmente o cuidado à pessoa idosa e família se insere nas prioridades estabelecidas no Plano Nacional de Saúde. De resto, cuidar da pessoa idosa é uma missão desde sempre assumida pelos enfermeiros, onde os cuidados de manutenção e de reparação assumem um papel fulcral na promoção da sua saúde e consequentes ganhos em qualidade de vida.

No contexto actual dos cuidados de saúde, a segurança focalizada na pessoa e concretamente no evento da queda, assume um papel preponderante no contexto hospitalar. Constituindo um grave problema de saúde pública pelas consequências económicas e sociais que geralmente acarreta. Sabemos, que o risco de queda não pode ser eliminado, contudo pode ser prevenido através da avaliação sistemática e contínua do risco e consequentes intervenções. O enfermeiro na procura da excelência do cuidar é peça fundamental no desenvolvimento de protocolos de actuação que visem prevenir e monitorizar o evento da queda na pessoa idosa hospitalizada, com vista à obtenção de ganhos em saúde. A prática de cuidados exige que cada vez mais os profissionais de enfermagem sejam capazes de apropriar os instrumentos próprios da profissão e com eles regular a sua prática. Os cuidados de enfermagem tomam por foco a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa idosa entende como seus. Assim, no processo de tomada de decisão que o enfermeiro realiza através da abordagem holística da pessoa idosa, identifica as necessidades de cuidados; planeia

e implementa as intervenções de forma a evitar riscos, detectar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar os problemas reais identificados e avalia as suas intervenções. Em todo este processo, os enfermeiros devem incorporar os resultados da evidência científica na sua prática.

A realização deste ensino clínico foi, sem dúvida, essencial para a minha formação pessoal e profissional nesta área de intervenção. A aquisição de competências numa área específica é um processo construído ao longo do tempo. Não resulta unicamente de conhecimentos adquiridos, mas é, antes um “processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos” (Mendonça, 2009, p.31). Os ensinamentos da experiência vivida adicionaram à minha prática quotidiana diversos conhecimentos, competências e formas de estar e de ser, que resultaram num cuidar da pessoa idosa recheado de “pequenas coisas” que o tornam diferenciado. Este reflecte-se na prestação de cuidados específicos a um grupo de pessoas, situadas num “*continuum*” de vida, que não podem ser dissociadas do seu projecto e contexto de vida.

Neste sentido, desenvolvemos um papel de perito na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa, numa perspectiva holística; na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade; na dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais e na operacionalização das políticas de saúde na pessoa idosa. De igual modo, desenvolvemos um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível da pessoa idosa.

Este projecto foi um meio e não um fim, no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, na área de intervenção específica, contribuindo de igual modo, para a prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa em parceria com a equipa de enfermagem num serviço de medicina. A mudança das práticas emergiu da articulação entre a evidência científica e a reflexão sobre e da acção. Esta reflectiu-se na consciencialização da problemática do evento da queda na pessoa idosa, na avaliação sistemática e contínua do risco de queda e consequente planeamento, execução e avaliação das intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem e na qualidade dos registos efectuados. Foi ainda elaborado em

articulação com o GGR do CHLN-HPV e grupo dinamizador do indicador: queda, um documento de registo do evento e folheto sobre a temática.

O caminho percorrido ao longo de três semestres ganhou expressão, na operacionalização deste projecto, pois pode desenvolver, por um lado, competências relacionais, humanas, ético-deontológicas, e técnicas, por outro, de gestão, de liderança, de supervisão e de formação.

No final deste percurso, saliento o diálogo permanente com os elementos responsáveis pela gestão e coordenação do serviço, ao longo da implementação do projecto. A perspectiva de o estender ao Departamento de Medicina e posteriormente a toda a instituição (CHLN-HPV), já se encontra em marcha.

A parceria entre a instituição e a Escola de Enfermagem de Lisboa foi um factor determinante, fomentando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, não só na população alvo, mas na população de clientes em geral.

Por último gostaria de salientar que a enfermagem pode funcionar como motor impulsionador para mudar mentalidades e comportamentos para que a pessoa (e a própria sociedade) envelheça com saúde, autonomia, dignidade e independência. Urge pois, a necessidade de desenvolver estratégias que promovam estilos de vida saudáveis e a criação de ambientes capacitantes e de apoio à pessoa idosa, família e pessoas significativa. Só assim estaremos a contribuir para a consolidação da disciplina e profissão de *Enfermagem*, bem como, para o reconhecimento público da mesma. O desenvolvimento de um estudo desta natureza, foi uma actividade significativa, percorrida ao longo de um trilho que se iniciou na selecção do tema, passando pela publicação dos resultados, considerando que ainda não está terminado. Como cidadão e futuro enfermeiro especialista, detentor de um corpo de conhecimentos específicos e instrumentos de trabalho que me permitem desempenhar as minhas atribuições com competência, independência e responsabilidade, sinto a obrigação em contribuir para a mudança das práticas compatíveis com as necessidades actuais em saúde. Penso que este projecto foi um pequeno passo para que este meu desejo comece a ser realizado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. (2007) – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-87-0.

AKYOL, A. (2007) – Falls in the elderly: what can be done? **International Nursing Review** [Em linha]. Vol. 54, nº 2 (Jun. 2007), p. 191-196. [Consult. 7 Out. 2010].

Disponível na internet: <URL:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009583505&site=ehost-live>> ISSN: 0020-8132.

ALMEIDA, R.; ABREU, C.; MENDES, A. (2010) – Quedas em doentes hospitalizados: contributo para uma prática baseada na prevenção. **Revista de enfermagem referência** [em linha]. Nº 2 (2010), p. 163-172. [Consult. 10 Set. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17.pdf>>. ISSN?.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, BRITISH GERIATRICS SOCIETY, AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION (2001) – Guideline for the prevention of falls in older persons. **Journal of the American Geriatric Society**. Vol. 49, nº 5 (2001), p. 664:672. ISSN: ?.

ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (1996) – **Bioética**. Lisboa: Editorial Verbo. ISBN: 972-22-1719-4.

BARNETT, Karen (2002) – **Reducing Patient Falls Project**. Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust. [Em linha]. [Consult. 10 Out. 2011]. Disponível na internet: <URL: <https://premierinc.com/safety/topics/falls/downloads/E-14-falls-project-uk.pdf>>.

BENNER, P. (2005) – **De iniciado a perito**. 2ª Edição. Coimbra: Editora Quarteto. ISBN 989-558-052-5.

BERG, K., WOOD-DAUPHINEE, S., WILLIAMS, J., & MAKI, B. (1992) – Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Canadian Journal Of Public Health. [Em linha]. Vol. 83S7, nº 11 (1992). [Consult. 10 Out 2010]. Disponível na internet: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1993164127&site=ehost-live>>. ISSN. 0008-4263

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. (1995) – **Pessoas idosa: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades**. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7.

BITTAR, Olímpio (2001) – Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de administração em saúde** [Em linha]. Vol. 3, nº 12 (Jul. - Set. 2001) p. 21-28. [Consult. 15 Set. 2010]. Disponível na internet: <URL: http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf>. ISSN: ?.

CALDEVILLA, M.; COSTA, M. (2009) – Quedas dos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem?. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN: 0874-7695. nº 19. (Fev. 2009), p. 25-28.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5ª Edição. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-757-109-3.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) – **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-53-3.

COUSSEMENT, J. et al. (2009) – Translating fall incidence data into fall-preventive measures in geriatric wards: a survey in Belgian hospitals. **Gerontology** [Em linha]. Vol. 55, nº4 (2009), p 398-404. [Consult. 10 Dez. 2011 2010]. Disponível na internet: <URL <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010364849&site=ehost-live>>. ISSN: ?.

CRANWELL-BRUCE, L. (2008) – The connection between patient falls and medication. **MEDSURG Nursing**. [Em linha]. Vol. 17, nº 3 (2008), p. 189-191. [Consult. 20 Jul. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009969371&site=ehost-live>>. ISSN: 1092-0811.

DIAS et al. (2001) – Registos de enfermagem. *Servir*. Vol. 49, nº 6 (2001), 267-271.

DECESARO, M. N.; PADILHA, K. G. - Queda: comportamentos negativos de enfermagem e consequências para o paciente durante o período de internamento em UTI. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**. [Em linha]. Vol. 18, nº 2 (2001), p. 115-125. [Consult. 20 Jul. 2010]. Disponível na internet: <URL: <http://revistas.unipar.br/saude/issue/view/128>>.

Decreto-Lei nº 161/96 (1996, 4 de Setembro). **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Diário da República nº 205, Série I-A.

EUROPEAN NETWORK FOR SAFETY AMONG ELDERLY (2006) – **Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos**. [Em linha]. (2006). [Consult. 10 Dez. 2010] Disponível na internet: <URL: http://www.euroipn.org/eunese/Documents/FS%20PT/FS_FALLS_PT.pdf>. ISBN: 978-960-89383-4-2.

EUROSTAT. Statistics in Focus (2008) – Population projections 2008-2060: From 2015, deaths projected to outnumber births in the EU27. Eurostat News. [Em linha]. (2008). [Consult. 20 Nov. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/08/119>>.

EVANS, D. et al. (2001) – Fall risk factors in the hospital setting: a systematic review. **International Journal Of Nursing Practice**. [Em linha]. Vol. 7, nº 1 (2001), p. 38-45. [Consult. 12 Nov. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001027610&site=ehost-live>>. ISSN: 1322-7114.

FABRICIO, S.; RODRIGUES, R.; JUNIOR, M. (2004) – Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**. [Em linha]. Vol. 38, nº 1 (2004), p. 93-99. [Consult. 30 Maio 2010]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>>. ISSN 0034-8910.

FERRIS, M. (2007) – Protecting hospitalized elders from falling. **Medscape Today**. [Em linha]. (2007). [Consult. 30 Maio 2010]. Disponível na internet: <URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/585961>>.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

FULLER, G. (2000) – Falls in the Elderly. **American Family Physician**. [Em linha]. (2000). [Consult. 20 Jul 2010]. Disponível na internet: <URL: http://medicine.utah.edu/internalmedicine/geriatrics/Education_Programs/MS%03%20Week%201%20Fuller.pdf>.

GUIMARÃES, L. (2004) – Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista Neurociências**. [Em linha]. Vol. 12, n.º 2 (2004). [Consult. 15 Maio 2010]. Disponível na internet: <URL: http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_2/quedas.htm>.

HARRISON (1992) – **Medicina interna**. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 968-25-2383-4.

HAZZARD, W. et al. (1999) – **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 4ª Edição. New York: Mcgraw-Hill. ISBN: 0-07-027502-5.

HEALEY, F. et al. (2004) – Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomized controlled trial. **Age & Ageing**. [Em linha]. vol. 33, nº 4 (2004), p. 390-395. ISSN: ?.

HENDRICH, A. (2006) – Inpatient falls: lessons from the field. **Patient Safety & Quality Healthcar**. [Em linha]. (Mai./Jun. 2006), p. 26-30. [Consult. 15 Maio 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.psqh.com/mayjun06/falls.html>>.

HERR, Kathryn; ANDERSON, Gary L. (2005) – **The action research dissertation: a guide for students and faculty**. Thousand Oaks, California: SAGE Publications. ISBN: 0-7619-2990-8.

HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**, Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. ISBN: 92-95040-36-8.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2006) – **Nurses and human rights: ICN Position**. [Em linha]. [Consult. 20 Jan. 2011] Disponível na internet: <URL: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E10_Nurses_Human_Rights.pdf>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2007) – **Nursing research: ICN Position**. [Em linha]. [Consult. 20 Jan. 2011]. Disponível na internet: <URL: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B05_Nsg_Research.pdf>.

JACKSON, M.; JACKSON L. (2007) – **Guia de Bolso de Enfermagem Clínica**. Porto Alegre: Artmed. ISBN 9788536309132.

KÉROUAC, Suzanne (1996) – **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson, S.A.. ISBN: 84-458-0365-4.

LARAÑA, M. et al. (2007) – Prevención de caídas. Estrategias de intervención. **ROL-Revista de enfermeira**. ISSN: 0210-5020. Vol.30. nº 9. (Set. 2007) p. 54-5.

LE BOTERF, G. (2003) – **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-216-1211-7.

LE BOTERF, G. (2005) – **Construir as competências individuais e colectivas. Resposta a 80 questões**. Porto: Asa. ISBN: 972-41-4243-4.

MARIN, H.; BOURIE, P.; SAFRAN, C. (2000) – Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 8 nº 3. (Julho 2000). [Consult. 2 Fev. 2011] Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12396.pdf> > ISSN: 0104-1169.

MENDENÇA, S. (2009) – **Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar**. SANTO TIRSO: Editorial Novembro. ISBN: 978-989-8136-34-3.

MONIZ, J. (2003) – **A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiencia**. Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-49-5.

MORSE, J. (2009) – **Preventing patients falls: establishing a fall intervention program**. 2ª Edição. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0389-5.

NABESHIMA, A. et al. (2007) – Identifying interacting predictors of falling among hospitalized elderly in Japan: a signal detection approach. **Geriatrics & Gerontology International**. [Em linha]. Vol. 7, nº 2 (Jun. 2007), p. 160-166. [Consult. 12 Fev. 2011] Disponível na internet: <URL:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009608438&site=ehost-live>>. ISSN: 1444-1586.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2004) – **Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people**. [Em linha]. Londres: Royal College of Nursing. 2004. [Consult. 30 Maio 2010]. Disponível na internet: <URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10956/29585/29585.pdf>>. ISBN: 1-904114-17-2.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (2007) – **Slips, trips and falls**. NHS: Third Patient Safety Observatory Report. [Em linha]. (2007). [Consult. 30 Maio 2010]. Disponível na internet: <URL: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821>>.

NP 405 – 1, 1994. Informação e documentação – **Referências bibliográficas: documentos impressos**. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade.

NP 405 – 2, 1998. Informação e documentação – **Referências bibliográficas: materiais não livro**. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade.

NP 405 – 3, 2000. Informação e documentação – **Referências bibliográficas: parte 3: documentos não publicados**. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade.

NP 405 – 4, 2002. Informação e documentação – **Referências bibliográficas: parte 4: documentos electrónicos**. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade.

OLIVER, D. et al. – Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. **Age and Ageing**. Vol. 33, n.º 2 (Mar. 2004) p.122-130. ISSN: ?.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007) – **Who global report on falls prevention in older age**. [Em linha]. [Consult. 20 Out. 2010]. Disponível na internet: WWW: <URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf>. ISBN: 978-92-4-156353-6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2011) – **10 facts on ageing and the life course**. [Em linha]. [Consult. 1 Mar. 2012]. Disponível na internet: WWW: <URL: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem (2003a) – **Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato 1999-2003)**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003b) – **Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003c) - **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. **Revista Ordem dos Enfermeiros: Suplemento**. Nº 13 (Jul. 2004). ISSN: ?.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Individualização das especialidades em enfermagem: fundamentos e proposta de sistema. **Revista Ordem dos Enfermeiros: Suplemento**. Nº 26 (Jul. 2007). ISSN: 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Modelo de desenvolvimento profissional**. Caderno temático Nº 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PERELL, K. et al. (2001) – **Fall risk assessment measures: an analytic review**. Journal of Gerontology. ISSN 1079-5006. Vol. 56A, nº 12 (2001), p. 761-766.

PODSIADLO, D., & RICHARDSON, S. (1991) – The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal Of The American Geriatrics Society**. [Em linha]. Vol. 39, nº 2 (1991), p. 142-148. [Consult. 20 Out. 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=1991946&site=ehost-live>>.

PORTUGAL (2004a). Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. [Em linha]. (2004), Lisboa: DGS. [Consult. 30 Maio 2010]. Disponível internet: <URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>.

PORTUGAL (2004b) – Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2004 -2010**. [em linha]. (2004) Lisboa: DGS, [Consult. 15 Nov. 2010]. Disponível internet: <URL: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>>.

PORTUGAL (2008). Ministério da Saúde. Inspecção-Geral das Actividades em Saúde – **Relatório IGAS N.º 319/2008: Acidentes com macas e camas em estabelecimentos hospitalares, envolvendo a queda de doentes**. IGAS: Inspecção-Geral das Actividades em Saúde. 2008.

PORTUGAL (2011). Instituto Nacional de Estatística – **Resultados Provisórios dos Censos 2011**. [em linha] (2011). Lisboa: INE, [Consult. 10 Jan. 2011]. Disponível Internet: <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=129675729&DESTAQUESmodo=2>.

RAMOS, L.; NETO, J. (2005) – **Geriatría e gerontologia**. São Paulo: Editora Manole. ISBN 85-204-1885-6.

RAMOS, S. (2008) – **Prevenção e Monitorização de Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar**. [Em linha]. (2008). [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ipq.pt/backFiles/SusanaRamos.pdf>>.

RUBENSTEIN, L.; POWERS C.; MACLEAN C. (2001) – Quality Indicators for the Management and Prevention of Falls and Mobility Problems in Vulnerable Elders. **Annals of Internal Medicine**. [Em linha]. Vol. 135 (2001), p. 686-693. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível na internet: <URL: http://www.annals.org/content/135/8_Part_2/686.full.pdf>.

RUBENSTEIN, L.; JOSEPHSON, K (2002) – The Epidemiology of falls and syncope. **Clinical Geriatric Medicine**. Vol. 18 (2002), p.141-158. ISSN: ?.

RUBENSTEIN, T., ALEXANDER, N., & HAUSDORFF, J. (2003) – Evaluating Fall Risk in Older Adults: Steps and Missteps. **Clinical Geriatrics**. Vol. 11, nº 1 (2003), p. 52-60. ISSN: ?.

RUTLEDGE, D., SCHUB, T., PRAVIKOFF, D. (2010) – Fall prevention in hospitalized patients. **CINAHL Nursing Guide (evidence-based care sheet)**. [Em linha]. nº 12 (Fev. 2010). [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível na Internet: <URL:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=5000000248&site=ehost-live>>.

SARAIWA, D. et al. (2008) – Quedas: indicador da qualidade assistencial. **Nursing**. ISSN: 0871-6196. Ano 18. nº 235. (Jul. 2008), p. 28-38.

SCHWENDIMANN, R. (2006) – Evaluation of the morse fall scale in hospitalized patients. **Oxford Journals**. [Em linha] vol. 35, n. 3, (2006) p. 311-313. [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/3/311.full>>. ISSN: ?.

SCHWENDIMANN, R. et al. (2006) – Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting: reducing multiple falls. **Journal of Gerontological Nursing**. [Em linha]. Vol. 33, nº 3 (2006) p.13-22. [Consult. 30 Maio 2010]. Disponível na internet: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009131487&site=ehost-live>>. ISSN 0098-9134.

SIMPSON (2000) – **Instabilidade postural e tendência às quedas: Fisioterapia na terceira idade**. Pickless et Compton et al. 2ª Edição. São Paulo: Santos Editora ISBN: ?.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002) – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-29-0.

TIDEIKSAAR, R. (2009) – **Chapter 8: falls**. [em linha]. 3ª Edição. Philadelphia: F.A. Davis Company. P. 193:214. [Consult. 20 Dez 2010]. Disponível Internet: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010475490&site=ehost-live>>.

TODD, C.; SKELTON, D. (2004) - **What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?** [Em linha]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report. (2004). [Consult. 20 Set. 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>>.

WATSON, J. (1988) – **Nursing: Human science and human care**. Copyright Publication, National League for Nursing. ISBN: 0-88737-41-7.

ANEXO I

Caracterização do Serviço de M3B

O Serviço de M3B está integrado no Departamento de Medicina do CHLN-HPV. Trata-se de um serviço de internamento misto com uma lotação de 27 camas, podendo receber mais 6 camas suplementares.

Tabela 1 – Distribuição das pessoas internadas no Serviço de M3B no primeiro semestre de 2010, por intervalos de idades

Idade/sexo	Feminino	Masculino	Total
15 - 24 Anos	2	1	3
25 - 44 Anos	8	8	16
45 - 64 Anos	37	38	75
65 - 74 Anos	32	57	89
75 - 84 Anos	61	86	147
> 85 Anos	69	55	124
Total	209	245	454

Fonte: GPIG do CHLN

A população internada no serviço, no primeiro semestre de 2010, é uma população maioritariamente idosa, cerca de 78% tem 65 ou mais anos de idade (Tabela 1). Esta é caracterizada por apresentar inúmeras patologias associadas, alterações cognitivas, da acuidade visual e auditiva, decorrentes do próprio processo de envelhecimento e senescência, polimedicada, apresentando ainda um nível de dependência elevado na realização das actividades de vida diárias segundo o índice de Katz que é realizado no serviço. A média de internamento segundo dados fornecidos pelo GPIG do CHLN é de 5.021 dias.

As pessoas internadas são na sua maioria provenientes do Serviço de Urgência do CHLN-HSM com as mais variadas patologias do foro médico. Após análise dos dados referentes ao Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) salientamos a predominância das seguintes patologias: Insuficiência Cardíaca e Respiratória, Acidente Vascular Cerebral, Infecções do trato urinário e Desidratação (Dados fornecidos pelo GPIG do CHLN).

ANEXO II

Dados estatísticos do Serviço de M3B referentes ao primeiro trimestre de 2011,
fornecidos pelo GPIG do CHLN

Tabela 1 – Faixa etária dos clientes internados no Serviço de M3B, no primeiro semestre de 2010

Idade/Sexo	Feminino	Masculino	Total
15 - 24 anos	2	1	3
25 - 44 anos	8	8	16
45 - 64 anos	37	38	75
65 - 74 anos	32	57	89
75 - 84 anos	61	86	147
> 85 anos	69	55	124
Total	209	245	454

Tabela 2 – Média de dias de internamento Serviço de M3B, no primeiro semestre de 2010

N.º Dias de Internamento	5.021
---------------------------------	--------------

Tabela 3 – Descrição do Grupo de Diagnóstico Homogêneo após alta/transferência dos clientes internados no Serviço de M3B, no primeiro semestre de 2010

Cod_ GDH	Descrição	Q T
10	Neoplasias do sistema nervoso, com CC	1
100	Sintomas e/ou sinais respiratórios, sem CC	1
101	Outros diagnósticos do aparelho respiratório, com CC	17
102	Outros diagnósticos do aparelho respiratório, sem CC	7
121	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio e/ou complicações major, alta vivo	1
122	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, sem complicações major, alta vivo	1
123	Perturbações circulatórias com enfarte agudo do miocárdio, falecido	1
124	Perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, com cateterismo cardíaco e/ou diagnóstico complexo	1
127	Insuficiência cardíaca e/ou choque	41
130	Perturbações vasculares periféricas, com CC	3
132	Aterosclerose, com CC	1
134	Hipertensão	2
135	Perturbações cardíacas congénitas e perturbações valvulares, idade > 17 anos, com CC	1

138	Arritmia e/ou perturbações da condução cardíaca, com CC	12
139	Arritmia e/ou perturbações da condução cardíaca, sem CC	1
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	16
140	Angina de peito	3
141	Síncope e/ou colapso, com CC	1
144	Outros diagnósticos do aparelho circulatório, com CC	1
145	Outros diagnósticos do aparelho circulatório, sem CC	1
172	Doença digestiva maligna, com CC	4
175	Hemorragia gastrointestinal, sem CC	2
179	Doença inflamatória do intestino	1
180	Obstrução gastrointestinal, com CC	1
182	Esofagite, gastrenterite e/ou perturbações digestivas diversas, idade >17 anos, com CC	3
183	Esofagite, gastrenterite e/ou perturbações digestivas diversas, idade >17 anos, sem CC	1
188	Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade >17 anos, com CC	1
189	Outros diagnósticos do aparelho digestivo, idade >17 anos, sem CC	1
202	Cirrose e/ou hepatite alcoólica	1
203	Doença maligna hepatobiliar ou pancreática	3
205	Perturbações hepatobiliares, excepto por doença maligna, cirrose e/ou hepatite alcoólica, com CC	1
206	Perturbações hepatobiliares, excepto por doença maligna, cirrose e hepatite alcoólica, sem CC	1
207	Perturbações das vias biliares, com CC	3
239	Fracturas patológicas e/ou doença maligna osteomuscular e/ou do tecido conjuntivo	2
24	Convulsões e/ou cefaleias, idade > 17 anos, com CC	2
243	Problemas médicos dorso-lombares	1
248	Tendinite, miosite e bursite	2
25	Convulsões e/ou cefaleias, idade > 17 anos, sem CC	1
250	Fractura, distensão, entorse e/ou luxação do antebraço, da mão ou do pé, idade >17 anos, com CC	1
260	Mastectomia subtotal por doença maligna, sem CC	1
263	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou celulite, com CC	1
269	Outros procedimentos na pele, no tecido subcutâneo e/ou na mama, com CC	1
274	Doenças malignas da mama, com CC	1
277	Celulite, idade > 17 anos, com CC	2
296	Perturbações nutricionais e/ou metabólicas diversas, idade > 17 anos, com CC	13
297	Perturbações nutricionais e/ou metabólicas diversas, idade > 17 anos, sem CC	2
300	Perturbações endócrinas, com CC	1
316	Insuficiência renal	3
318	Neoplasias dos rins e/ou das vias urinárias, com CC	1
320	Infecções dos rins e/ou das vias urinárias, idade >17 anos, com CC	24
321	Infecções dos rins e/ou das vias urinárias, idade >17 anos, sem CC	8
331	Outros diagnósticos dos rins e/ou das vias urinárias, idade >17 anos, com CC	1
34	Outras perturbações do sistema nervoso, com CC	1
346	Doença maligna do aparelho reprodutor masculino, com CC	2
350	Inflamações do aparelho reprodutor masculino	1
395	Perturbações dos eritrócitos, idade > 17 anos	4

397	Perturbações da coagulação	3
399	Perturbações do sistema retículo-endotelial e/ou da imunidade, sem CC	1
403	Linfoma e/ou leucemia não aguda, com CC	1
404	Linfoma e/ou leucemia não aguda, sem CC	1
408	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com outros procedimentos em B.O.	1
413	Outras perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com CC	2
416	Septicémia, idade > 17 anos	1
425	Reacções agudas de adaptação e/ou doenças de disfunção psico-social	1
429	Perturbações orgânicas e/ou atraso mental	1
46	Outras perturbações do olho, idade > 17 anos, com CC	2
468	Procedimentos extensos, em B.O., não relacionados com o diagnóstico principal	1
475	Diagnósticos do aparelho respiratório com suporte ventilatório	2
477	Procedimentos não extensos, em B.O., não relacionados com o diagnóstico principal	1
533	Outras perturbações do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e/ou cefaleias, com CC major	9
540	Infecções e/ou inflamações respiratórias, com CC major	1
541	Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major	16
542	Bronquite e/ou asma, com CC major	3
543	Perturbações circulatórias, excepto enfarte agudo do miocárdio, endocardite, insuficiência cardíaca congestiva e/ou arritmia, com CC major	2
544	Insuficiência cardíaca congestiva e/ou arritmia cardíaca, com CC major	8
549	Procedimentos cardiovasculares major, com CC major	1
550	Outros procedimentos vasculares, com CC major	1
551	Esofagite, gastroenterite e/ou úlceras não complicadas, com CC major	1
552	Perturbações do aparelho digestivo, excepto esofagite, gastroenterite e/ou úlceras não complicadas, com CC major	3
553	Procedimentos no aparelho digestivo, excepto em hérnia e/ou procedimentos major no estômago ou no intestino, com CC major	1
557	Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	2
561	Osteomielite, artrite séptica e/ou perturbações do tecido conjuntivo, com CC major	1
566	Perturbações endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas, excepto perturbações alimentares ou fibrose cística, com CC major	4
569	Perturbações dos rins e/ou das vias urinárias, excepto insuficiência renal, com CC major	5
570	Perturbações do aparelho reprodutor masculino com CC major	1
584	Septicémia, com CC major	1
64	Doenças malignas do ouvido, nariz, boca e/ou garganta	1
65	Desequilíbrio	2
714	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, com diagnóstico relacionado significativo	2
749	Abuso ou dependência do álcool, alta contra parecer médico	1
757	Procedimentos no dorso e/ou pescoço, excepto artrodese vertebral com CC	1
764	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade > 17 anos, com CC	1
78	Embolia pulmonar	1
79	Infecções e/ou inflamações respiratórias, idade > 17 anos, com CC	4
794	Diagnósticos de traumatismos múltiplos significativos, com CC major não traumáticas	1
80	Infecções e/ou inflamações respiratórias, idade > 17 anos, sem CC	2
810	Hemorragia intracraniana	2

813	Gastrenterites não bacterianas e/ou dor abdominal, idade > 17 anos, com CC	2
814	Gastrenterites não bacterianas e/ou dor abdominal, idade > 17 anos, sem CC	3
832	Isquemia transitória	6
85	Derrame pleural, com CC	1
88	Doença pulmonar obstrutiva crônica	22
89	Pneumonia e/ou pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC	28
90	Pneumonia e/ou pleurisia simples, idade > 17 anos, sem CC	7
92	Doença pulmonar intersticial, com CC	1
96	Bronquite e/ou asma, idade > 17 anos, com CC	11
97	Bronquite e/ou asma, idade > 17 anos, sem CC	6

ANEXO III

Enfermeiro de Referência

A organização do trabalho em enfermagem depende de variáveis como a população de clientes, a estrutura e recursos internos e externos ao serviço. Não existe um consenso a nível bibliográfico sobre o método de trabalho a adoptar. Contudo, quando o objectivo é a humanização e a excelência dos cuidados, a metodologia por enfermeiro de referência parece ser a que reúne maior anuência.

A pessoa idosa possui uma necessidade e maneira distinta de reagir à doença, com este método a sua especificidade torna-se no foco de atenção do enfermeiro. Os cuidados prestados, emergem da relação estabelecida entre a pessoa que é cuidada e a pessoa que cuida, fomentando a participação activa do cliente idoso.

O enfermeiro de referência tem como responsabilidade planear cuidados personalizados e assegurar que sejam realizados durante todo o dia, sete dias por semana, durante todo o internamento (TAPPEN, 2005). De um modo mais detalhado, este tem a responsabilidade de realizar o acolhimento; a colheita de dados; o levantamento dos fenómenos de enfermagem e planificação dos cuidados; começar a planear a alta desde o momento da admissão; prestar cuidados durante o seu turno de trabalho; assegurar a continuidade dos cuidados através da elaboração de planos de cuidados e transmissão da informação pertinente á equipa e avaliar as intervenções realizadas. Tem ainda como responsabilidade desempenhar um papel pró-activo junto dos outros profissionais, ser mediador da pessoa e ainda envolver a família e/ou cuidador para a continuidade dos cuidados.

Assim, o enfermeiro de referência assume o papel de pilar em todo o processo de prevenção do incidente de queda na pessoa idosa hospitalizada. Este vai avaliar e identificar o risco de queda, delinear e avaliar as estratégias desenvolvidas, assegurar a continuidade dos cuidados e transmitir a informação pertinente junto da equipa multidisciplinar.

Segundo Tappen (2005), a desvantagem/limitação deste método de trabalho é a necessidade de um elevado número de enfermeiros competentes para a realização desta função, pois exige uma maior responsabilidade, independência e capacidade de avaliação e tomada de decisão.

TAPPEN, R. (2005) – **Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática**. 4ª Ed.. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-00-3.

ANEXO IV

Grelha de avaliação dos registos de enfermagem

Cama	CHLN	Sexo	Idade	História de queda	Data entrada	Avaliação do risco				Plano cuidados			Registro de queda	Notas evolução		Observações
						Inicial/ score	7/7 Dias	Alt. Variav.	Queda	Diag.	Interv.	Aval.		Episódio queda	Interv.	

Data: _____

ANEXO V

Grelha de avaliação do registo do evento de queda

Data	CHLN	Sexo	Idade	Motivo/Causa	Descrição da Queda	Consequências/ Lesões	Intervenções	Observações

Motivo:

- 1 – Estado de saúde da pessoa idosa: quedas relacionadas com a condição geral do idoso e/ou diagnóstico que aumenta o risco de queda
- 2 – Resposta ao tratamento, à medicação: quedas directamente relacionadas com actos médicos
- 3 – Factores Ambientais/físicos: quedas que resultam das condições adversas das instalações e/ou equipamentos
- 4 – Outras causas

ANEXO VI

Padrão de ocorrência do evento de queda no Serviço de M3B

No período compreendido entre 15/4/2010 e 30/10/2010, foram relatados treze eventos de queda, dos quais doze ocorreram em pessoas idosas.

Tabela 1 – Número de quedas ocorridas consoante o sexo e idade

Idade/sexo	Feminino	Masculino	Total
50-64 anos	0	1	1
65-79 anos	4	2	6
80-94 anos	0	5	5
> 95 anos	0	1	1
Total	4	9	13

Relativamente ao sexo, as pessoas idosas que caíram são predominantemente do sexo masculino (Tabela 1). Em relação à idade, verifica-se que na sua maioria tinham mais de 65 anos.

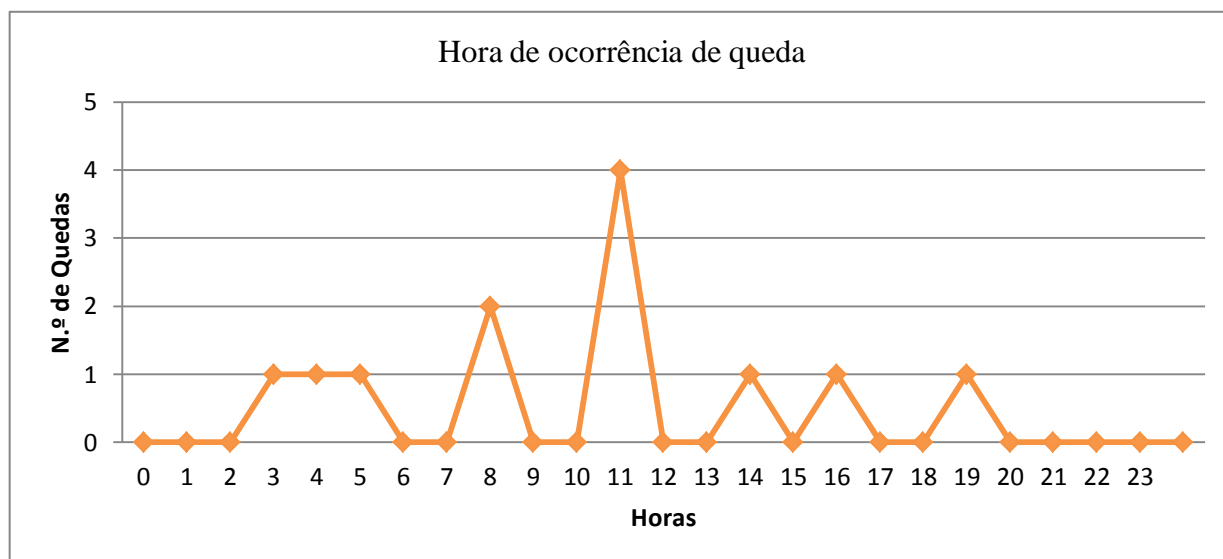
No que diz respeito ao motivo da queda (Tabela 2), constata-se que, 67% das quedas ocorridas estão relacionadas com o estado de saúde da pessoa idosa e 33% estão relacionadas com as condições adversas das instalações e equipamentos. Se por um lado, as causas “major” das quedas relacionadas com o estado de saúde são: os episódios de confusão, desorientação, agitação psicomotora e o desequilíbrio/instabilidade postural, por outro, o equipamento envolvido na queda devido a factores ambientais e físicos são: os chinelos, suporte de soros e a mesa de apoio/refeição.

Tabela 2 – Motivos da queda

Motivos	N.º	%
Estado de Saúde	8	67
Factores físicos e ambientais	4	33
Total	12	100

Verificou-se que, nas quedas ocorridas no leito, as grades se encontravam elevadas, pelo que julgamos ser necessário avaliar individualmente se o tipo de grades protege a pessoa ou se é necessário associar outras medidas.

Gráfico 1 – Hora da ocorrência do evento de queda



Como se pode constatar no Gráfico 1, sete das quedas ocorreram no turno da manhã, com um pico de incidência entre as 11 e as 12h. No turno da noite ocorreram quatro quedas e no período da tarde registaram duas. De referir que, três quedas ocorreram durante a passagem de turno, não se conseguindo inferir se estas foram presenciadas pelos profissionais.

No que se refere às consequências da queda, não se apuraram lesões importantes, apenas a referir que quatro pessoas manifestaram dor.

Verifica-se uma importante lacuna ao nível do registo das intervenções de enfermagem desenvolvidas após a queda, registando-se apenas a observação pelo clínico, realização de Raio X e administração de terapêutica.

ANEXO VII

“*Check-list*” de verificação da segurança e equipamento

“Check-list” de verificação da segurança e equipamento

	SIM	NÃO	N/A	Observações
EQUIPAMENTO				
1. Cadeiras de Rodas				
As cadeiras de rodas têm travões				
Os travões travam eficazmente a cadeira de rodas				
As cadeiras de rodas têm cinto (este tem de estar operacional)				
Os braços da cadeira são facilmente retirados para as transferências				
Os apoios para os pés são ajustáveis (altura, posição, etc.) às necessidades do doente.				
As rodas permitem a mobilização da cadeira sem esforço (não estão vazias nem empenadas)				
Existem cadeiras de rodas que permitem ajustar ao peso do doente (Ex: doente com amputação dos MI)				
2. Suporte de Soros				
O suporte de soro tem dispositivo de fixação (parte superior/inferior) funcionante				
As rodas deslizam facilmente em todas as direcções e não encravam				
O suporte tem uma base de cinco rodas permitindo manter a sua estabilidade				
3. Camas				
As camas permitem ajustar a altura às necessidades do doente				
As camas têm grades				
As grades da cama sobem e baixam facilmente				
Ficam seguras quando elevadas				
As grades ocupam o espaço necessário para impedir a saída/queda do doente				
As camas têm travões				
Os travões travam eficazmente a cama				
4. Chinelos (Calçado)				
Chinelos disponibilizados pelo hospital têm solas anti-derrapantes				
Chinelos pertencentes ao doente são avaliados para verificação deste aspecto				
5. Campainhas				
Existem à cabeceira de todas as camas				
Estão funcionantes				
O som do alarme da campainha é audível na sala de trabalho/copa?				
Estão acessíveis em todas as casas de banho				
Fio que acciona o alarme está em boas condições				
6. Andarilhos				
Borrachas de segurança das pontas estão em boas condições				
São estáveis				

7. Canadianas				
Borrachas de segurança estão em boas condições				
São estáveis				
8. Cadeira para Cuidados de Higiene				
As cadeiras têm travões				
Os travões travam eficazmente a cadeira				
As rodas permitem a mobilização da cadeira sem esforço (não estão vazias nem empenadas)				
9. Cadeirões				
Os cadeirões têm travões				
Os travões travam eficazmente				
10. Macas				
As macas têm grades				
As grades da maca sobem e baixam facilmente				
Ficam seguras quando elevadas				
As grades ocupam o espaço necessário para impedir a saída/queda do doente				
As macas têm travões				
Os travões travam eficazmente a maca				

AMBIENTE				
11. Condições de iluminação				
Existem luzes de presença em todos os quartos				
Existem luzes de presença em todas as zonas comuns				
12. Corrimão / Barras de apoio				
Nos chuveiros				
Casas de banho				
Corredores				
10. Condições do piso				
Sem irregularidades				
Material antiderrapante nas casas de banho				
Material antiderrapante no resto do serviço				
Desníveis assinalados				

Realizada: _____

Data: _____

ANEXO VIII

Avaliação das condições físicas e ambientais do Serviço de M3B

A avaliação do meio ambiente onde a pessoa idosa se encontra inserida tem um papel preponderante na prevenção do incidente de queda na pessoa idosa. Ao identificar e intervir junto das condições adversas do meio, o enfermeiro está objectivamente a eliminar factores de risco e desenvolver estratégias de prevenção do incidente de queda.

Da avaliação das condições físicas e ambientais do Serviço de M3B, salienta-se:

- Os quartos são adequados às camas tornando-se pouco amplos quando são colocadas camas suplementares, diminuindo o espaço livre circundante, contudo as condições de iluminação são deficientes e não apresentam luzes de presença;
- As camas são hidráulicas, ajustando-se às necessidades da pessoa idosa, com grades e travões nas rodas em bom estado e funcionantes. No espaço circundante de cada cama existe uma mesa-de-cabeceira e uma cadeira. De salientar que, todas as unidades têm campainhas de alarme funcionantes;
- As duas casas de banho existentes no serviço situam-se no corredor, para além disso há uma casa de banho para o banho assistido, que é ampla e adaptada à entrada de cadeira de rodas. No entanto, nenhuma possui material antiderrapante no piso e campainhas de alarme;
- Os suportes de soros deslizam facilmente em todas as direcções e não encravam; as cadeiras de rodas, na sua maioria travam eficazmente e os braços removem-se facilmente para as transferências; as cadeiras para os cuidados de higiene, permitem a sua mobilização sem esforço, têm rodas com travões eficazes; os andarilhos, são estáveis e estão em boas condições.

ANEXO IX

Escala de Morse utilizada antes do início do projecto

Nome:

Idade:

Sala:

Cama:

Diagnóstico Principal:

Diagnóstico Secundário:

Escala de Morse – Avaliação do Risco de Quedas

Variáveis		Data da avaliação				
História de Queda	Não	0				
	Sim	25				
Diagnóstico secundário	Não	0				
	Sim	15				
Auxílio na Mobilidade	Nenhuma/Acamado/Necessidade de posicionamentos	0				
	Bengala/Andarilho/Canadianas	15				
	Auxilia-se na mobília	30				
Terapia Endovenosa	Não	0				
	Sim	20				
Marcha	Normal/Acamado	0				
	Fraca	10				
	Alterada/Cambaleante	20				
Estado Mental	Orientado das suas capacidades	0				
	Subestima as suas capacidades/esquece as suas limitações	15				
		SCORE				
		ASS.				

Avaliação:

Na admissão e nas primeiras 24 horas

Se *Alto Risco* de 7/7 dias ou sempre que uma das variáveis se altereSe *Baixo Risco*, só quando uma das variáveis se altere ou ocorra uma queda*Score < 25 Baixo Risco**Score > 25 Alto Risco*

ANEXO X

Breve resenha do padrão de incidência de queda no CHLC-HSM no triênio 2006-2009

Entre os anos de 2006 e 2008, verificou-se um aumento progressivo do número de quedas (76 e 115 respectivamente). Este facto talvez se deva à escassez de registos verificados nos primeiros anos. Em 2009 houve uma diminuição em cerca de 20% dos registos de quedas, fruto das medidas preventivas implementadas desde o início do projecto.

Neste período, a maioria dos clientes que sofreram queda não apresentaram qualquer tipo de lesão. No caso de ocorrência de lesões, predominaram as de grau I (que implicaram a necessidade de cuidados adicionais como intervenção de enfermagem para avaliação de sinais vitais, realização de pensos, vigilância, imobilização e administração de terapêutica), seguidas das de grau II (que implicaram a intervenção médica para observação, realização de sutura da lesão e prescrição de medicação para restrição física). Em, 6% dos casos foi necessário a realização de um meio complementar de diagnóstico (Radiografia ou Tomografia Axial Computorizada)

No que se refere à idade dos clientes que sofreram queda, em 2006 a maioria apresentava idade superior aos 60 anos, já em 2009 subiu para os 70 anos de idades. Tal como referem diversos autores, os clientes com mais de 65 anos têm maior risco de queda, aumentando em clientes com idade superior aos 80 anos

A ocorrência de queda nos serviços das áreas médicas, seguido das áreas cirúrgicas foi uma constante ao longo destes anos, esta realidade espelha a fragilidade dos clientes internados, pois trata-se de uma população envelhecida, com inúmeras patologias associadas. Os motivos da queda estão maioritariamente relacionados o estado de saúde do cliente, sendo as causas major, os estados de confusão, desorientação, agitação psicomotora, fraqueza muscular e anemia. Seguem-se os factores ambientais, destacando-se a diminuição da identificação deste factor como causa da queda em 2009, o que pode evidenciar a eficácia das medidas preventivas implementadas pelas áreas/unidades. O calçado utilizado e o uso de mesas de refeição sem travões para apoio do levante são os motivos mais descritos como originadores de quedas nos clientes internados. Em alguns casos, as quedas tiveram origem na cama do cliente mesmo com as grades levantadas o que gerou a necessidade em avaliar estes casos para saber se as grades se adequam.

Finalmente no que se refere ao período do dia em que as quedas ocorrem com maior frequência, a distribuição ao longo do dia é semelhante ao longo destes anos, sendo os períodos da manhã e da noite os mais afectados, tendo o pico de registo de quedas entre as 9 e as 11h, não se confirmando o padrão descrito em alguns estudos que apontam para os períodos de passagem de turno dos enfermeiros como o período com maior incidente de quedas.

Termo	CIPE® (1)	Dicionário Médico (2)	Dicionário de termos médicos (3)
Contusão	Lesão do tecido corporal superficial e subjacente, lesão tecidular irregular em forma de estrela, alteração da coloração da pele exterior que evolui de preto e azul para verde e amarelo, associada a agressão física como pancada ou queda (p. 56).	Lesão produzida por um choque ou um golpe que provocam compressão violenta, geralmente súbita, sem ferimento da pele. A contusão pode ser ligeira (equimoses simples) ou grave, complicada por lesões musculares, vasculares, nervosas ou viscerais, conforme a região atingida (p. 160).	Qualquer lesão traumática da qual resultam hematomas, mais ou menos profundos, sem solução de continuidade da pele, na região atingida (p. 283).
Entorse	Traumatismo de uma articulação que provoca dor e incapacidade funcional, movimento articular alterado doloroso, hipersensibilidade, espasmo muscular, edema articular, alteração da coloração, comprometimento do funcionamento, associado a lesão traumática (p.59).	Lesão traumática de uma articulação, com alongamento, arrancamento ou rotura de um ou mais ligamentos, sem deslocação das superfícies articulares (p. 227).	Lesão de uma articulação devida a movimentos forçados com alongamento, arrancamento ou rotura de um ou mais ligamento, mas sem deslocação das superfícies articulares. Os sintomas principais de entorse são a dor localizada com impotência funcional e o edema (p. 395).
Escoriação	Abrasão do tecido da superfície do corpo, pequenas áreas hemorrágicas, pele dolorosa e magoada até ficar coberta por uma crosta seca sero-sanguinolenta; associada a lesão física por traumatismo, a	Perda de substância limitada às camadas superficiais da pele, de uma mucosa ou de uma membrana superficial tal como a córnea. Na pele, pode ser provocada pela coceira (p. 238).	Perda limitada de substância superficial da pele, de uma mucosa ou de uma membrana superficial (p. 418).

	fricção contra uma superfície dura ou queimaduras químicas (p. 56).		
Fractura	Falta de movimento de uma parte do corpo associada a lesão traumática de um osso, solução de continuidade do tecido ósseo; a gravidade da fractura depende da estrutura óssea, da parte do osso e da natureza da fractura (p. 58).	Solução de continuidade total ou parcial de um osso, provocada na maior parte dos casos por uma acção brusca e violenta (trauma), que desencadeia um traumatismo (p. 273-274).	Solução de continuidade de um osso ou de uma cartilagem, de causa traumática ou de causa espontânea ou patológica (p. 508).
Hematoma	Concentração e acumulação de sangue retido dentro dos tecidos, pele ou órgãos, associadas a traumatismo ou hemóstase incompleta após intervenção cirúrgica, massa palpável, dor ao toque, pele dolorosa com coloração azul, esverdeado escuro ou amarela (p. 50).	Colecção de sangue num tecido, resultante de um traumatismo com rotura de vasos ou de uma perturbação da crase sanguínea (p.296-297).	Colecção de sangue que forma uma tumefacção definida num tecido ou numa estrutura do organismo (p. 561).
Laceração	Rasgo irregular, associado a lesão intensa dos tecidos que chega a ameaçar a vida com perda de sangue e soro, e com risco de choque (p. 57).	Lesão resultante de um rasgamento da pele até ao tecido subcutâneo (p. 352).	1) Intervenção cirúrgica que consiste na escarificação de tecidos. 2) Acto de rasgar (p. 684).
Perda Sanguínea	Perda de sangue a partir do sistema vascular associada a lesão de um ou mais vasos sanguíneos, fluxo de sangue que pode ser externo, através de um	“Não apresenta este termo”	Perdas sanguíneas: hemorragia (p. 930). Hemorragia: derramamento ou corrimento de sangue para fora de um vaso

	orifício ou de uma solução de continuidade da pele, ou interno, para uma cavidade, órgão ou espaço entre os tecidos (p. 50).		(artéria, veia, capilar). A hemorragia pode dar-se par a superfície do corpo (hemorragia externa) ou no interior de um órgão ou tecido (hemorragia interna) (p. 570).
Trauma	Processo patológico (p. 51).	Lesão produzida localmente por uma acção violenta exterior (p. 602).	Lesão ou ferida local produzida por uma acção violenta exterior (p. 1195).

⁽¹⁾ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8.

⁽¹⁾ MANUILA, L. et al. (2000) – **Dicionário Médico**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-55-0.

⁽¹⁾ FREITAS E COSTA, Manuel (2005) - **Dicionário de termos médicos**. Porto: Porto Editora. ISBN 978-972-0-05281-0.

ANEXO XII

Indicadores de avaliação

Indicadores de Estrutura

- % Enfermeiros com Formação na área das Quedas (Avaliação de Risco e Relato da Queda)
- % de A.O. com formação na área da prevenção da queda
- Existência de Manual Local de Quedas (Prevenção e Registo da Queda)
- Existência de fluxograma da avaliação de risco de queda
- Avaliação das condições físicas e ambientais

Indicadores de Processo

- Taxa de avaliação de risco de queda

$$\frac{\text{Nº clientes idosos com avaliação do risco de queda}}{\text{Nº clientes idosos c/ internamento > 24h}} \times 100$$

- Taxa de Clientes idosos com levantamento de diagnóstico de enfermagem

$$\frac{\text{Nº clientes idosos c/ alto risco de queda c/ levantamento de diagnóstico de enfermagem}}{\text{Nº clientes idosos c/ alto risco de queda}} \times 100$$

Indicador de Resultado

- Taxa de Clientes idosos com levantamento de diagnóstico de enfermagem sem queda

$$\frac{(\text{Nº clientes idosos c/ alto risco de queda}) - (\text{Nº clientes idosos c/ alto risco de queda c/ queda})}{\text{Nº clientes idosos c/ alto risco de queda c/ levantamento de diagnóstico de enfermagem}} \times 100$$

Indicadores epidemiológicos

- Clientes idosos c/ baixo risco de queda

$$\frac{\text{Nº clientes idosos c/ baixo risco de queda}}{\text{Nº clientes idosos com avaliação do risco de queda}} \times 100$$

- Clientes idosos c/ médio risco de queda

$$\frac{\text{Nº clientes idosos c/ Médio risco de queda}}{\text{Nº clientes idosos com avaliação do risco de queda}} \times 100$$

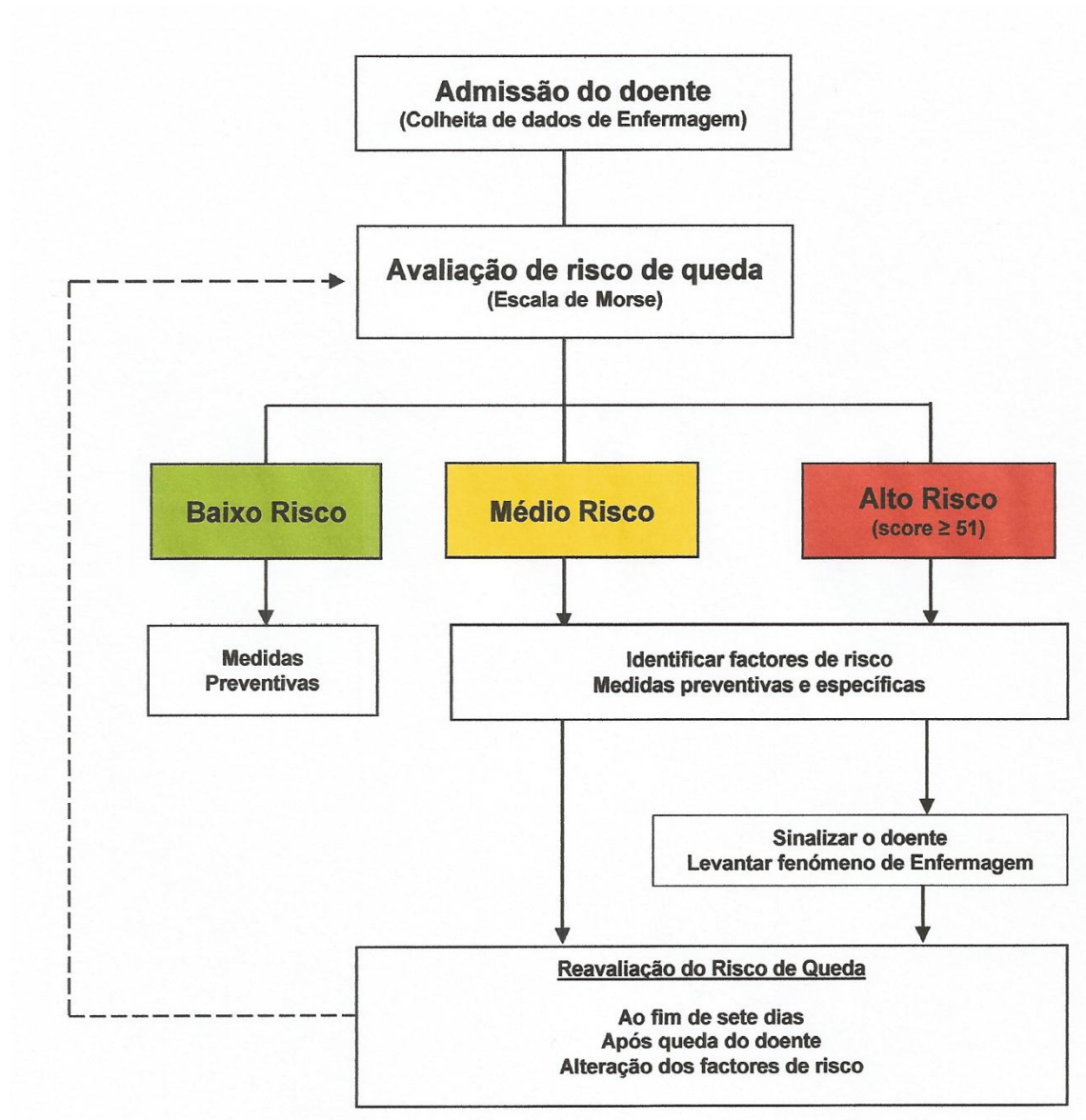
- Clientes idosos c/ alto risco de queda

$$\frac{\text{Nº clientes idosos c/ alto risco de queda}}{\text{Nº clientes idosos com avaliação do risco de queda}} \times 100$$

ANEXO XIII

Fluxograma do processo de avaliação do risco de queda

Fluxograma do processo de avaliação do risco de queda



ANEXO XIV

Póster: “Prevenção e monitorização da queda no Serviço de M3B do CHLN-HPV:

Um projecto de intervenção...”

Prevenção e monitorização da queda no Serviço de M3B do CHLN-HPV: um projecto de intervenção...

Autores:
Helder Lopes; Idalina Gomes; Paula Ferreira; Paula Almeida; Equipa de Enfermagem do Serviço de M3B do CHLN-HPV

Introdução

A queda é um dos principais eventos na vida da pessoa idosa, assumindo cada vez maior importância no contexto hospitalar. O risco de queda aumenta proporcionalmente com a idade, pelo que, é imperativo implementar estratégias de prevenção, desenhar protocolos de actuação e avaliar o risco de queda na pessoa idosa hospitalizada.

A Queda...

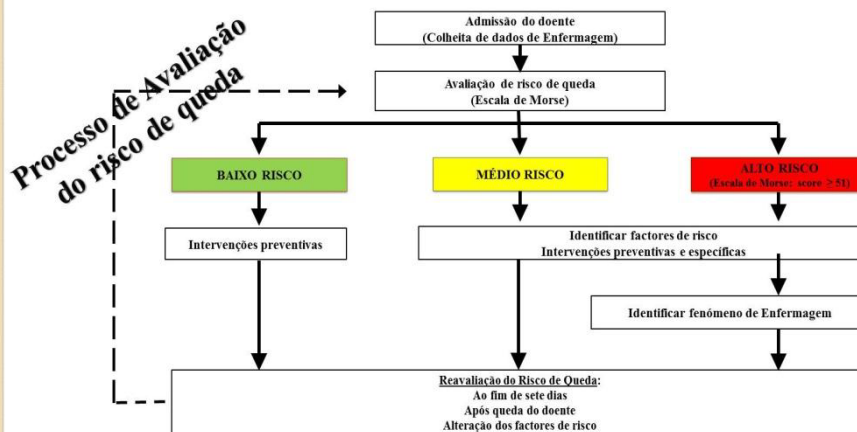
- ✓ Risco real que acontece em contexto hospitalar, constituindo um indicador de qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- ✓ O risco de queda não pode ser eliminado, mas pode ser reduzido através da avaliação do risco de queda e do planeamento de intervenções consoante o risco. (MORSE, 2009)
- ✓ Indicador de incapacidade, de institucionalização e co-morbilidade tem grande impacto na qualidade de vida, autonomia e independência da pessoa idosa (HAZZARD, 1999; SKELTON, 2004; PORTUGAL, 2008)
- ✓ 4-10 pessoas idosas hospitalizadas sofre queda por cada 1000 cama/dia (RUTLEDGE, 2010)

Metodologia

- ✓ Metodologia de projecto centrada num percurso da investigação-acção
- ✓ Papel activo dos intervenientes na mudança das práticas
- ✓ Recolha de dados entre 15 de Outubro de 2010 e 15 de Fevereiro de 2011
- ✓ Análise e reflexão das práticas

Diagnóstico da situação

- ✓ A avaliação do risco de queda não era realizada de forma sistemática
- ✓ Incoerência entre os valores da Escala de Morse e os registos de enfermagem
- ✓ Ausência de registos das intervenções delineadas e a sua avaliação



Intervenções preventivas

- ☐ Socialização ao serviço
- ☐ Se a pessoa idosa está confusa, promover a sua orientação sistemática enquanto processo contínuo
- ☐ Instruir a pessoa idosa sobre o funcionamento da campainha e a pedir ajuda para se levantar da cama, cadeirão sempre que necessário
- ☐ Supervisionar marcha e cuidados de higiene
- ☐ Ensino à pessoa idosa, família e/ou cuidador informal sobre as medidas de prevenção da queda
- ☐ Incentivar a actividade física e a participação nas actividades de vida
- ☐ Adequar equipamento e espaço físico:
 - Cama:** regular a altura da cama para um nível baixo, manter rodas travadas e grades elevadas
 - Mesas de cabeceira:** bens pessoais acessíveis
 - Cadeirões:** rodas travadas, com mesa de refeições travada
 - Pavimentos:** secos, sem irregularidades e obstáculos
 - Espaço físico:** retirar equipamento desnecessário, zonas de circulação livres, desimpedidas e com apoios laterais

Intervenções específicas

- História de queda** Avaliar se a pessoa idosa tem medo de cair
Averiguar como ocorreu a queda (onde?, quando? em que circunstâncias?, impacto no projecto de vida?)
- Diagnóstico** Averiguar a existência de patologia susceptível de aumentar o risco de queda secundário (doenças cardiovasculares, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, Incontinência, entre outras)
Identificar medicação em ambulatório que potencia o risco de queda (diuréticos, psicotrópicos, entre outros)
- Ajuda na mobilização** Avaliar a necessidade de apoios na mobilização
- Terapêutica** Avaliar o local de inserção do cateter e sua interferência com a mobilização e marcha
- Endovenosa** Articular com médico ajuste terapêutico
- Marcha** Promover treino de marcha
- Estado mental** Avaliar a necessidade de contenção física, se estritamente necessário
Articular com médico sobre necessidade de restrição física
Transferir a pessoa idosa, se possível, para um quarto ou cama mais próximo da sala de enfermagem

Resultados

- ✓ Uso sistemático da Escala de Morse na avaliação do risco de queda da pessoa idosa
- ✓ Elevada prevalência de pessoas idosas com médio e alto risco
- ✓ Levantamento do fenómeno de enfermagem no processo (planeamento, acções desenvolvidas em função do risco e avaliação)
- ✓ Elaborado folheto de ensino sobre a prevenção da queda
- ✓ Elaborada folha de registo de incidente de queda

Considerações finais

Uma estratégia sistemática em equipa é fundamental na prevenção do incidente de queda na pessoa idosa hospitalizada, passando pelo uso de instrumentos de avaliação adequados que permitam melhorar a prevenção controlo e o bem-estar do doente e obter ganhos em saúde no que concerne as complicações decorrentes da queda nos idosos, sendo um indicador fundamental a monitorizar na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

- HAZZARD, W. [et al.] (1999) - *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 4ª Ed. New York: McGraw-Hill. ISBN 0-07-027502-5.
- MORSE, J. (2009) - *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. 2ª Ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0399-5.
- PORTUGAL (2008). Ministério da Saúde. *Inspeção-Geral das Actividades em Saúde - Relatório IGAS N.º 319/2008: Acidentes com macas e camas em estabelecimentos hospitalares, envolvendo a queda de doentes*. IGAS. 2008
- RUTLEDGE, D. (2010) - *Fall prevention in hospitalized patients: CINAH, Nursing Guide (evidence-based care sheet)*. [em linha]. s.d. [Per. 2010]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&urlpath=/lib/abstracts/abstract/10018747300/882552.pdf>
- SKELTON, T. (2004) - *What are the main risk factors for falls among older people, and what are the most effective interventions to prevent these falls?* [Online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report). 2004. Retrieved 10/12/2010 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/10018/74700/882552.pdf

ANEXO XV

Escala de Morse



Etiqueta do doente
(Se não há etiqueta, colocar
Nome, Idade, CHLN)

Avaliação de Risco de Queda do Doente: Escala de Morse

Parâmetros			Data Avaliação						
História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0							
	Sim	25							
Diagnóstico Secundário	Não	0							
	Sim	15							
Ajuda na mobilização	Nenhuma Acamado/Repouso no leito Com ajuda	0							
	Bengala Andarilho Canadiana	15							
	Móveis	30							
Terapêutica Endovenosa	Não	0							
	Sim	20							
Marcha	Normal Acamado/Repouso no leito Cadeira de rodas	0							
	Lenta	10							
	Alterada Cambaleante	20							
Estado Mental	Orientado (Tem consciência das suas limitações)	0							
	Confuso/Desorientado (Tem consciência das suas limitações)	15							
Pontuação									
Enfermeiro (a)									

Atenção:
✓ Preencher à entrada do dte
✓ Reavaliar após queda do dte
✓ Reavaliar de 7/7 dias

Fonte: Adaptação da ESCALA DE MORSE – Avaliação de Risco de Queda Pontuação: mínima – 0 Pontuação máxima – 125

O somatório dos vários parâmetros define o nível de risco de queda de um doente, designadamente:

Baixo Risco: Pontuação 0-24	Médio Risco: Pontuação 25-50	Elevado Risco: Pontuação ≥ 51
Definição das Variáveis da Escala de Morse		
1. História de Queda: Não (zero pontos) - o doente não caiu nos últimos três meses; Sim (25 pontos) - existe registo de queda no presente episódio de internamento ou existe história prévia de queda imediatamente antes do internamento.		
2. Diagnóstico Secundário Não (zero pontos) - o doente tem um único diagnóstico; Sim (15 pontos) – o doente tem mais do que um diagnóstico médico evidenciado no processo clínico OU tem um diagnóstico susceptível de aumentar o risco de queda.		
3. Ajuda na Mobilização Zero pontos - o doente anda sem ajuda de apoios de marcha OU é assistido pela enfermeira, OU está em repouso no leito ou acamado; 15 pontos – o doente anda com ajuda de bengala, andarilho ou canadianas; 30 pontos – o doente apoia-se nos móveis ou equipamento (corrimãos, cama, suporte de soros (entre outros))		
4. Terapêutica Endovenosa Não (zero pontos) - o doente não faz terapia endovenosa; Sim (20 pontos) – o doente tem terapia/acesso endovenoso.		
5. Marcha Zero pontos - o doente consegue andar com a cabeça direita, balanceia os braços junto ao corpo, passadas largas sem hesitações; 10 pontos - o doente tem marcha lenta com paragens mas com a cabeça levantada. Utiliza passos curtos e pode arrastar os pés; 20 pontos - a marcha está comprometida, o doente pode parar, pode ter dificuldade em se levantar da cadeira necessitando de se apoiar nos braços da cadeira e/ou levanta-se com impulso. O doente tem a cabeça em baixo e com o balanço dos braços agarra-se ao mobiliário, a pessoas ou a ajudas de marcha, não conseguindo andar sem ajuda. Os passos são curtos e arrasta os pés. Nota: Se o doente usa Cadeira de rodas a pontuação é atribuída segundo a avaliação feita pela observação na mudança de cadeira de rodas para a cama.		
6. Estado Mental Zero pontos - o doente responde consistentemente a perguntas simples, sobretudo tem consciência das suas limitações físicas; 15 pontos - o doente responde incoerentemente ao questionado, não tem consciência das suas limitações físicas		

ANEXO XVI

Base de dados em Microsoft® Excel

Base de dados em Microsoft® Excel

[illegible]

ANEXO XVII

Folheto: “Prevenção da queda: alguns conselhos”

Em caso de queda...

...alguns conselhos.

Para se levantar deve dobrar-se sobre o estômago, colocar-se de gatas e tentar alcançar um apoio que o auxilie a levantar-se.

Mantenha sempre ao pé de si um meio de comunicação, como por exemplo, telemóvel, um sistema de telealarme

Qualquer queda mesmo que não cause lesão, pode ser um sinal de doença ou devido à medicação, pelo que deve sempre comunicar ao seu médico ou enfermeiro.

Se precisar de ajuda para melhorar as condições de sua casa contacte:

- Junta de Freguesia
- Paróquia
- O seu enfermeiro de referência no Centro de Saúde
- Assistente Social do Centro de Saúde

Pequenas mudanças podem prevenir a queda na pessoa idosa



Folheto elaborado por: Helder Lopes, em Janeiro de 2011

Bibliografia
EUROPEAN NETWORKS FOR SAFETY AMONG ELDERLY (EUNESE)
(2006) – **Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos**. [em linha].
ISBN 978-960-89383-4-2.

PORTUGAL (2008). Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde –
Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas. Lisboa:
DGS, 2008. Acedido a 11/11/2011. Disponível em: [http://www.dgs.pt/
upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf)

CHLN-HPV Serviço de Medicina 3-B



Prevenção de quedas

>>> Alguns conselhos

Causas mais comuns da queda

- Idade (pessoas com mais de 65 anos)
- Alimentação inadequada (deficiências nutricionais)
- Vários medicamentos: 4 ou mais (psicotrópicos, ansiolíticos anti-hipertensivos, antidepressivos, diuréticos)
- Alterações da marcha e equilíbrio
- Inactividade (Sedentarismo)
- Doenças Crónicas e Osteoarticulares (Diabetes, Hipertensão, Doenças respiratórias, Artroses, Depressão)
- Calçado e vestuário inadequado

A noite “é amiga” da queda na pessoa idosa



A sonolência e alguns medicamentos podem aumentar o risco de queda...

Ao dormir, deixe a luz do corredor acesa para ajudar na visão, caso acorde no meio da noite

Tenha junto à cama um bacio alto.

Como prevenir a queda?...

Mantenha-se em forma (o exercício físico fortalece os músculos, melhora o equilíbrio e a coordenação de movimentos)

Faça uma vigilância regular da sua visão e audição

Utilize calçado confortável com solas antiderrapantes

Cuide da sua medicação

- Reveja-a periodicamente com o seu médico
- Se tomar muitos medicamentos por dia, utilize um organizador para evitar enganos
- Confirme periodicamente se está a tomar a medicação de forma adequada com o médico, enfermeiro ou farmacêutico
- Pergunte aos profissionais de saúde os efeitos e interacção dos medicamentos (Sonolência, tonturas, entre outros)

Mantenha uma alimentação saudável rica em cálcio e Vit. D (para reduzir o risco de fracturas)

- Alimentos ricos em cálcio: leite, iogurtes, queijo
- Alimentos ricos em Vit. D: peixes gordos como por exemplo (sardinha, atum, cavala, bacalhau)

Conviva com outras pessoas (aumenta a qualidade de vida e previne a solidão)



...Com uma casa mais segura!



Mantenha uma boa iluminação e interruptores acessíveis

Mantenha as zonas de circulação livres de obstáculos

Coloque os objectos que utiliza com mais frequência em armários de fácil acesso

Evite que os tapetes ou carpetes estejam dobrados e coloque esteiras antiderrapantes sob as mesmas

Guarde junto ao telefone uma lista, bem visível, com os números de emergência. Se possível, estes devem estar pré-definidos em marcação automática.

Os fios do telefone devem estar fixos à parede.

Casa de banho



Mantenha o chão limpo e seco depois do banho

Coloque fitas antiderrapantes na banheira ou chuveiro

Não tranque a porta da casa de banho

Coloque corrimãos de segurança na banheira ou chuveiro e perto da sanita

Escadas



Certifique-se que os degraus são uniformes

Coloque fitas antiderrapantes

Retire todos os objectos em que possa tropeçar

Mantenha-se sempre agarrado ao corrimão e não carregue nada que lhe tape a visão do próximo degrau

ANEXO XVIII

Registo do evento da queda

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



Registo do incidente de Queda

Etiqueta do doente
(Se não existir, colocar nome,
data de nascimento e CHLN)

Sexo: ☐ Sim ☐ Não

Data da queda: _____

Hora: _____

Serviço: _____

Enfº./Nº Mec. _____

Dotação/lotação do pessoal do turno

Lotação do serviço/ Nº Pessoas internadas: _____/_____

Nº Enfermeiros prestadores de cuidados: _____

Nº Assistentes Operacionais: _____

Queda presenciada:

☐ Sim

☐ Não

1. Motivo da queda

☐ A

☐ B

☐ C

☐ D

Especifique: _____

2. Incidente de Queda (Local e descrição), estado de consciência e exame físico

☐ Cama
☐ Maca

☐ Cadcião
☐ Instalações sanitárias

☐ Cadeira de rodas
☐ Cadeira para cuidados de higiene

☐ Deambulação
☐ Outra: _____

Assinalar, se aplicável:

Grades elevadas:

☐ Sim

☐ Não

Rodas travadas:

☐ Sim

☐ Não

Cama/maca de altura regulável:

☐ Sim

☐ Não

Espaço de circulação com obstáculos:

☐ Sim

☐ Não

Rodas em bom estado de conservação:

☐ Sim

☐ Não

Se sim:

☐ Plano elevado

☐ Plano baixo

3. Consequências do incidente

Lesão

Local:

Grau de Severidade:

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ Sim ☐ Não

Tipo de lesão

☐ Abrasão

☐ Laceração

☐ Queixas algícas

☐ Luxação

☐ Hematoma

☐ TCE

☐ Contusão

☐ Laceração

☐ Fratura

☐ Entorse

☐ Escoriação

☐ Outra: _____

ECD:

☐ RX

☐ TAC

☐ RMN

☐ Outro: _____

4. Medidas adoptadas (para corrigir a causa da queda e prevenir futuras quedas)

☐ Ensino e orientação do doente

☐ Aplicação de gelo

Outras medidas: _____

☐ Adequação do espaço físico

☐ Realização de penso

☐ Restrição física (medicação)

☐ Comunicar ao médico

☐ Contenção física (imobilização)

☐ Observação médica

5. Avaliação do risco prévio à queda

Avaliação do risco: Sim ☐ Não ☐

Se, SIM, identifique o risco:

☐ Baixo risco

☐ Médio Risco

☐ Alto risco

6. Complicações do estado de saúde associadas à queda (Após 48h)

Instruções de preenchimento

Coloque etiqueta do doente no espaço assinalado, indicar o sexo do doente, registar com precisão a data, hora, lotação/dotação do serviço e o número de doentes internados, o número de enfermeiros e assistentes operacionais, no momento do incidente. Assinalar e colocar o número mecanográfico, indicar se a queda foi presenciada por um profissional de saúde.

Quadro 1

Mencione o motivo da queda (apenas um único motivo) e a causa que originou a queda. Se seleccionar a opção D, especificar a causa identificada

A	<u>Estado de Saúde</u> : quedas relacionadas com o estado de saúde do cliente (instabilidade postural, desorientação, agitação psico motora, hemiplégia, entre outros)
B	<u>Resposta ao tratamento, medicação ou anestesia</u>
C	<u>Factores ambientais ou físicos</u> : quedas relacionadas com condições adversas do ambiente e equipamento (calçado, piso molhado, equipamento inadequado ou deficiente, entre outros)
D	<u>Outras causas</u> : causas não contempladas nas anteriores opções

Quadro 2

Descreva de forma objectiva e clara o incidente, o estado de consciência e o exame físico.

Quadro 3

Indique se a queda originou lesão, o local ou locais, o grau de severidade e o tipo de lesão. No ECD, indique quais foram realizados devido ao incidente.

1	Lesões que carecem de pouco ou nenhum cuidado ou intervenção (pequenos abrasões, contusões, entre outras)
2	Lesões que carecem de cuidado ou intervenção médica ou de enfermagem (entorses, lacerações major e profundas e contusões que necessitam de intervenção: gelo local, sutura, ligaduras, entre outros)
3	Lesões que carecem de intervenção médica (fraturas, alterações do estado de consciência e físico)

Quadro 4

Identifique as medidas adoptadas para corrigir a causa da queda e prevenir futuras quedas

Quadro 5

Registar qual o risco de queda identificado (de relembrar que após o incidente de queda, deve ser realizada uma nova avaliação do risco)

Quadro 6

Descrever a evolução do estado do cliente, caso tenham sido identificadas complicações do seu estado devido ao incidente

Nota:

O relato de incidente (fotocópia) deve seguir para o GGR, após a reavaliação de consequências feita às 48h. O impresso original permanece no processo

ANEXO XIX

Pedido e autorização para a tradução e aplicação da Escala de Morse

Dr. Morse,

My name is Hélder Lopes.

I'm a Portuguese nurse who is also concluding a Nursing Specialty in elderly care and finishing my Master degree.

I'm developing a project to prevent falls in older people admitted in the Service of Medicine 3-B of the Pulido Valente Hospital in Lisbon and I pretend to use the "Morse Fall Scale" to assess fall risk.

The MFS is recognized worldwide, I would like to use it, I already know there are no validated translations of the scale in Portugal. Can I get an authorization from you to translate and use the MFS?

I thank you in advance for your time and I also appreciate any suggestions you would kindly give me.

I will wait for your answer.

Best regards,
Hélder Lopes

Dear Helder

You have my permission to use the Morse Fall Scale, and to translate it. Do not alter the scale in any way: Do not add or delete items, or change the value of each item, or change the format of the scale.

All of the information you will need to use the scale is described in the book "Preventing Patient Falls" 2nd ed (Springer Pub, Fall 2008), as well as instructions on how to calibrate the scale.

You should have a copy of this book on each unit, so that nurses can refer to fall preventions strategies, and understand how the program works and how to calibrate the scale.

If you are using the first ed (Sage Pub) there is an error in the book on page 41, Table 4.1. The

values for Gait (Item #5) are:

Normal etc. ----- 0

weak ----- 10

Impaired ----- 20.

Staff training for using the MFS is available online from Hill Rom: http://www.hill-rom.com/usa/proedu_InService.htm

Pocket cards of the scale for staff reference are available from Hill-Rom, order number CTG581

Using the MFS: I strongly recommend that you record all of the item scores, as well as the total score on the chart, so that as patients' scores increase or decrease, these scores can be used to monitor improvements or decline in the patients fall risk.

I recommend that you use 45 as the high risk cutoff score. In order to use the MFS, you must examine the patient. Scores cannot be obtained by using chart information.

I have received a lot of questions about medications recently. Medication is a part of the scale in the secondary diagnosis score. In developing the indices (items) we first included meds that were thought to contribute to falls, then numbers of meds, then combined this item with co-morbidity (Secondary Dx). Of course meds contribute to falls as they relate to the other variables (mainly gait and mental status). I recommend that if a patient score as high risk for falling, then a patient assessment is conducted, and this includes a review of meds, with the goal of reducing the medications or side effects, to reducing the pts fall score. (See Morse, Preventing patient falls, Sage publications)

Re Pediatric falls: I do not recommend the use of the MFS for children—it was not developed with kids, so I was surprised that it has even used with kids. Develop a category called “developmental falls” (toddlers and climbers) and tag them in your data past and analyze them separately.

There are 4a scales that have been developed for pediatrics:

1. Falls Assessment Form—Children’s Hospital Central California (Cooper & Nolt, 2007)
2. Graf, E. (2004). General risk assessment for pediatric in-patient falls scale (GRAF_PIF). Fall risk assessment tool, Children’s Memorial Medical Center. Federal Copyright received 2005.
3. Humpty Dumpty Scale. Miami Children’s Hospital. Hill-Rodriguez, D., Messmer, P., Williams, P., Zeller, R., Williams, A., Wood, M., et al. (2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(1), 22-32.